

# Classificação atual das doenças periodontais

Marcos Vinícius Moreira de Castro ( [mvcastro@zaz.com.br](mailto:mvcastro@zaz.com.br) )

- Especialista em Periodontia

Cesário Antonio Duarte ( [cesarioduarte@brfree.com.br](mailto:cesarioduarte@brfree.com.br) )

- Livre-Docente pela Faculdade de Odontologia da U.S.P.

Procurando adaptar à nossa linguagem, a interpretação da classificação das doenças periodontais proposta pela AAP, apresentamos um paralelo entre a antiga (1989) e a atual (1999) visando um melhor entendimento das modificações feitas.

## Introdução

A etiologia, a patogênese e o tratamento de doenças de maneira ordenada só são possíveis com uma sistemática de classificação corretamente aplicada. Classificações como as de 1989 da Academia Americana de Periodontologia (AAP)<sup>35</sup> e do Workshop Europeu de Periodontologia<sup>6</sup> de 1993, têm sido aceitas e usadas em todo o mundo.

A necessidade de uma revisão na classificação para doenças periodontais foi enfatizada durante o Workshop Mundial de Periodontia de 1996. Em 1997 a Academia Americana de Periodontologia respondeu a esta necessidade e formou um comitê para planejar e organizar um seminário internacional para revisar o sistema de classificação para doenças periodontais. Do dia 30 de outubro até 2 de novembro de 1999, o Workshop Internacional para Classificação de Doenças Periodontais elaborou a nova classificação. O comitê foi formado pelos seguintes membros: Presidente- Gary C. Armitage assessorado por Jack G. Caton Jr., Allan Charles, Robert E. Cohen, Robert J. Genco, Isao Ishikawa, Niklaus P. Lang e Jan Lindhe.

As falhas das classificações anteriores foram detalhadas na atual: 1) uma categoria sobrepunha a outra, por exemplo, a periodontite associada a doenças sistêmicas com periodontite pré-pubertal; 2) ausência de uma classificação para doença gengival; 3) ênfase imprópria para idade que determinava o início e progressão das periodontopatias; 4) critérios de classificação inadequados e obscuros<sup>4</sup>.

A proposição deste trabalho é comparar as classificações das doenças periodontais e descrever com detalhes a mais atual, utilizando-se para tanto, dos artigos que fundamentaram as justificativas para as alterações propostas.

## Classificação das doenças periodontais AAP/2004

### I - Doenças Gengivais

#### A. Doenças gengivais induzidas por placa bacteriana

##### 1. Gengivite associada somente por placa bacteriana

- a. Sem outros fatores locais
- b. Com fatores locais

##### 2. Doenças gengivais modificadas por fatores sistêmicos

- a. Associada com sistema endócrino

- a.1. Puberdade
- a.2. Menstruação
- a.3. Gravidez: Gengivite / Granuloma Piogênico
- a.4. Diabetes Melito

b. Associada com discrasia sangüínea

- b.1. Leucemia
- b.2. outros

3. Doenças gengivais modificadas por medicações

a. Drogas

- a.1. Crescimento gengival (Hiperplasia)
- a.2. Gengivite

- a.2.1. Anticoncepcionais
- a.2.2. Outros

4. Doenças gengivais modificadas por má nutrição

- a. Avitaminose C
- b. Outros

B. Lesões Gengivais Não-Induzidas por Placa Bacteriana

1. Doenças gengivais de origem bacteriana específica

- a. Neisseria gonorrhoea
- b. Treponema pallidum
- c. Streptococcus
- d. Outros

2. Doenças gengivais de origem virótica

a. Herpética

- a.1. Gengivoestomatite herpética primária
- a.2. Herpes bucal recorrente
- a.3. Varicela / Herpes Zoster

b. Outros

3. Doenças gengivais de origem fúngica

a. Candida, s.p.

a.1. Candidose gengival generalizada

- b. Eritema gengival linear
- c. Histoplasmose
- d. Outros

4. Lesão gengival de origem genética

- a. Fibromatose gengival hereditária
- b. Outros

#### 5. Manifestação gengival de condições sistêmicas

a. Alterações muco-cutâneas: líquen plano; penfigóide; pênfigo vulgar; eritema multiforme; lupus eritematoso; indução de drogas; outros.

b. Reações alérgicas

b.1. Materiais restauradores: mercúrio, níquel; acrílico; outros.

b.2. Relacionadas a: dentifrícios; bochechos, goma de mascar; alimentos/conservantes.

b.3. Outros

#### 6. Lesões traumáticas (Factícia, Iatrogênica, Acidental)

a. Química

b. Física

c. Térmica

#### 7. Reação de corpo estranho

#### 8. Nenhuma outra especificada

### II - Periodontite Crônica

A. Localizada

B. Generalizada

### III - Periodontite Agressiva

A. Localizada

B. Generalizada

### IV - Periodontite Como Manifestação de Doenças Sistêmicas

A. Associada com doença hematológica

1. Neutropenia adquirida

2. Leucemia

3. Outros

B. Associada com alterações genéticas

1. Neutropenia familiar e cíclica; Síndrome de Down; Síndrome de deficiência da adesão de leucócitos; Síndrome de Papillon-Lefèvre; Síndrome Chediak-Higashi; Histiocitose; Doença de armazenamento do glicogênio; Agranulocitose genética infantil; Síndrome de Cohen; Síndrome Ehlers-Danlos (tipos IV e VIII); Hipofosfatasia; Outros.

C. Nenhuma outra especificada

### V - Doenças Periodontais Necrosantes

A. Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN)

B. Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)

### VI - Abscessos do Periodonto

- A. Gengival
- B. Periodontal
- C. Pericoronário

#### VII - Periodontite Associada com Lesão Endodôntica

- A. Lesão combinada periodonto-endodôntica

#### VIII - Desenvolvimento ou Deformidades e Condições Adquiridas

A. Fatores localizados, relacionados ao dente, que modificam ou predis põem doença gengival / Periodontite induzida por placa bacteriana

1. Fatores anatômicos dentários
2. Restaurações dentárias / aparelhos
3. Fratura radicular
4. Reabsorção cervical da raiz e do cimento

B. Deformidades mucogengivais e condições ao redor do dente

1. Retração gengival

- a. Superfície vestibular ou lingual
- b. Interproximal (papilar)

2. Falta de gengiva queratinizada
3. Vestíbulo raso
4. Freio anormal / posição muscular
5. Crescimento gengival

a. Pseudobolsa; Margem gengival inconsistente; Exposição gengival excessiva; Hiperplasia gengival

6. Cor anormal

C. Deformidades e condições mucogengivais em áreas edentulas

1. Deficiência vertical e / ou horizontal
2. Falta de gengiva / tecido queratinizado
3. Aumento gengival / Tecido mole
4. Freio anormal / posição muscular
5. Vestíbulo raso
6. Cor anormal

D. Trauma Oclusal

1. Trauma oclusal primário
2. Trauma oclusal secundário

#### **Observações sobre as periodontites crônicas e agressivas:**

I) Podem ser consideradas **localizadas** quando os sítios afetados < 30% e **generalizada**> 30%.

II) A severidade é determinada quanto à perda de inserção podendo ser: **leve: 1 ou 2 mm, moderada: 3 ou 4mm e severa  $\geq$  5mm.**

## **Tópicos importantes da classificação atual**

### **Doenças Gengivais**

Adição na classificação das chamadas Doenças Gengivais e lesões induzidas ou não pela placa bacteriana. Esta condição patológica não estava presente no Workshop Mundial em Periodontia Clínica de 1989<sup>35</sup>.

O diagnóstico de gengivite geralmente implica que não ocorreu perda de inserção no periodonto, todavia indivíduos que tiveram suas periodontites tratadas com sucesso podem ter clinicamente um diagnóstico de gengivite, sendo necessário uma demonstração longitudinal de que não houve perda de inserção adicional<sup>14</sup>.

Características clínicas da gengivite: pode ser caracterizada pela presença de quaisquer dos seguintes sinais clínicos: vermelhidão e edema do tecido gengival, sangramento provocado, mudanças no contorno e na consistência, presença de placa e/ou cálculo, e nenhuma comprovação radiográfica de perda da crista óssea alveolar, a não ser em casos de periodontites tratadas com sucesso<sup>29</sup>.

O objetivo terapêutico é estabelecer saúde gengival pela eliminação dos fatores etiológicos: placa, cálculo e outros fatores de retenção de placa<sup>29</sup>.

Uma característica importante da seção de gengivites induzidas por placa é o reconhecimento de que a expressão clínica da gengivite pode ser substancialmente modificada por fatores sistêmicos, como alterações do sistema endócrino; medicamentos e subnutrição. As gengivites e lesões não-induzidas por placa incluem uma extensa gama de desordens que afetam a gengiva e são freqüentemente encontradas na prática clínica<sup>4</sup>.

### **Substituição de Periodontite do adulto por periodontite crônica**

No início, o termo "Periodontite do Adulto" criou um dilema no diagnóstico para clínicos. Dados epidemiológicos e experiência clínica sugerem que a forma de periodontite comumente encontrada entre os adultos pode também ser vista em adolescentes<sup>24</sup>. Se isto é verdade, como podem os adolescentes ter um tipo de periodontite dita do adulto? Claramente, a designação de Periodontite do Adulto idade-dependente criou problemas. A conclusão foi a de que o termo não específico Periodontite Crônica caracteriza melhor esta constelação de doenças periodontais destrutivas. Houve muita discussão quando foram sugeridos os termos Periodontite de Forma Comum e Periodontite do tipo II. O termo Periodontite Crônica foi criticado por alguns participantes visto que uma periodontite crônica pode ser interpretada como não curável por algumas pessoas. Apesar de todas as considerações sobre o longo curso da doença, isto não significa que a doença não responda ao tratamento. Tradicionalmente, esta forma de periodontite é caracterizada por progredir lentamente<sup>11</sup>, muitas fontes confirmam esta progressão lenta<sup>21,23</sup>. Porém, existem dados indicando que alguns pacientes podem experimentar períodos curtos de progressão<sup>33,16</sup>. Então concluíram que a taxa de progressão não deveria ser usada para excluir as pessoas de receber o diagnóstico de Periodontite Crônica<sup>4</sup>.

As principais características destas periodontites foram definidas como:

- a. Presença de irritantes locais compatíveis com a severidade da doença.
- b. Doença periodontal destrutiva mais comum em adultos.
- c. Pode acontecer em jovens.
- d. Pode afetar ambas as dentições.
- e. Normalmente tem taxas de progressão leves a moderadas, mas podem ter períodos de progressão rápida<sup>26,27</sup>.

As considerações sobre o tratamento mostram que o julgamento clínico é uma parte integrante do processo decidir/executar. Muitos fatores afetam as decisões para terapêutica apropriada e

os resultados esperados. Fatores relacionados com o paciente incluem saúde sistêmica, idade, colaboração, preferências terapêuticas, e a habilidade do paciente para controlar placa. Outros fatores incluem a habilidade do clínico para remover depósitos subgengivais e necessidades restauradoras e/ou protéticas<sup>26,27</sup>.

### **Substituição de periodontite de início precoce por periodontite agressiva**

O termo Periodontite de Estabelecimento Precoce foi usado pela AAP em 1989<sup>35</sup> e nas classificações européias de 1993<sup>36</sup> como uma designação coletiva para um grupo de diferentes doenças periodontais destrutivas que afetam pacientes jovens (periodontites prepubertal, juvenil, e progressiva rápida). Foi assumido logicamente que estas doenças tinham um início precoce, afetando pessoas jovens. Infelizmente, a designação "início precoce" implica em determinação da época do início da periodontopatia.

Além disso, na prática clínica, na maioria das situações, há incerteza sobre fixar um limite de idade arbitrariamente para pacientes com periodontites de início precoce.

Por exemplo, como classificar um tipo de doença periodontal num paciente com 21 anos com o padrão clássico de Periodontite Juvenil Localizado (PJL), afetando incisivo e primeiro molar? Como o paciente não é um jovem, a idade do paciente deveria ser ignorada e a doença classificada como PJL de qualquer maneira? Este tipo de problema é resultante da variável idade-dependente da classificação de 1989. Um problema semelhante surge quando a classificação 1989 é aplicada a um paciente de 21 anos com destruição periodontal generalizada. Tal paciente tem "Periodontite de Progressão Rápida" (PPR) ou "Periodontite Juvenil Generalizada" (PJG)? A conclusão é que nenhuma designação é aceitável. O diagnóstico de PPR pode não ser apropriado quando a taxa de progressão não é conhecida, e a designação de PJG é inaceitável porque o paciente não é mais um jovem. Por causa destes problemas, ficou decidido que seria conveniente descartar da classificação as terminologias idade-dependente e as que exigiam conhecimento das taxas de progressão. Conseqüentemente, formas altamente destrutivas de periodontite antigamente consideradas como "Periodontite de início precoce" foram renomeadas como "Periodontite Agressiva". Em geral, pacientes que clinicamente eram definidos como PJL e PJG agora passam a ser determinados como portadores de "Periodontite Agressiva Localizada" e "Periodontite Agressiva generalizada" respectivamente. Algumas características para distinguir a forma localizada da generalizada neste grupo de doenças periodontais foram estabelecidas. Na nomenclatura antiga, os pacientes com periodontite juvenil eram classificados como PJL ou PJG, seria impróprio apenas transferir as informações do sistema de classificação antigo para o novo. Por exemplo, alguns pacientes classificados como PJG na literatura antiga, na atual podem se enquadrar em Periodontite Crônica Generalizada ou Periodontite Agressiva Generalizada, dependendo de uma variedade de características primárias e secundárias<sup>4</sup>.

A Periodontite Progressiva Rápida (PPR) teve sua designação descartada. Pacientes que eram classificados como tendo PPR, dependendo de uma variedade de outros critérios clínicos, são classificados nas categorias de Periodontite Crônica ou Periodontite Agressiva. Deve ser enfatizado que os pacientes com formas de periodontites progressivas rápidas existem, porém não representam um grupo de homogêneo<sup>4</sup>.

A classificação de 1989 continha a categoria "Periodontite Prepubertal" que tinha as formas localizadas (PPL) e generalizadas (PPG). A categoria originalmente acomodava situações raras nas quais as crianças com dentes decíduos tiveram destruição periodontal severa. É conhecido agora que a maioria dos pacientes diagnosticados como portadores de PPG tinham uma variedade de condições sistêmicas interferindo com resistência a infecções bacterianas. Tais condições incluem deficiência de aderência de leucócitos<sup>38,22</sup>, imunodeficiência primária congênita<sup>7</sup>, hipofosfatase<sup>30</sup>, defeitos crônicos dos neutrófilos<sup>15,19</sup> ou neutropenia cíclica<sup>31</sup>. Na classificação nova estes pacientes são classificados como portadores de "Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas"<sup>4</sup>.

Os participantes concordaram ainda, que crianças na pré-puberdade que têm destruição periodontal sem qualquer modificação nas condições sistêmicas, dependendo de uma

variedade de características secundárias, são agora classificados como portadores de "Periodontite Crônica" ou "Periodontite Agressiva". A idéia de que a periodontite tem seu início na infância é apoiada por dados epidemiológicos retrospectivos que sugerem que radiografias localizadas mostram perda óssea na dentição primária em algumas crianças<sup>9,32,34</sup>. Além disso, periodontite generalizada foi detectada em crianças jovens sem qualquer manifestação de doenças sistêmicas<sup>10</sup>. O conceito que periodontite se desenvolve em uma tenra idade é fortalecido através de muitos dados de estudos epidemiológicos demonstrando que perda de inserção periodontal pode ser encontrada em dentes permanentes de adolescentes<sup>1,2,3,8,12,13,17,18,20,36,37</sup>.

Normalmente afeta pessoas com menos de 30 anos de idade, porém pode afetar pacientes mais idosos. É considerada generalizada quando a perda de inserção interproximal afeta pelo menos 3 dentes permanentes além dos primeiros molares e incisivos. A perda de inserção acontece em períodos episódicos de destruição pronunciada. A doença é freqüentemente associada com os periodontopatógenos *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*, além de anormalidades funcionais dos neutrófilos e resposta deficiente de anticorpos aos agentes agressores<sup>25</sup>.

As principais características destas periodontites foram definidas como:

- a. Tem formas localizadas e generalizadas.
- b. Na maioria dos casos, o paciente tem um aspecto de saúde periodontal.
- c. A quantidade de deposição microbiana é incompatível com a severidade da destruição periodontal.
- d. Tende a ter uma tendência familiar.
- e. Progressão rápida<sup>25</sup>.

Além do tratamento típico para periodontite crônica, deveria ser considerado para pacientes que têm periodontite agressiva o seguinte:

- a. Uma avaliação médica geral pode determinar se doença sistêmica está presente nas crianças e adultos jovens que exibem periodontite severa, particularmente se a periodontite agressiva não responder à terapêutica clássica.
- b. Somente procedimentos periodontais básicos freqüentemente são ineficientes no tratamento de periodontites agressivas. Porém, nas fases iniciais da doença, o tratamento pode ser realizado com tratamento básico conjugado com terapêutica antimicrobiana ou sem a fase cirúrgica. Testes de identificação microbiana e sensibilidade antibiótica podem ser considerados. Em pacientes muito jovens, o uso de tetraciclínas pode ser contra-indicado devido à possibilidade de manchar de dentes. Agentes antimicrobianos alternativos ou dispositivos de liberação lenta podem ser considerados.
- c. O resultado a longo prazo pode depender da colaboração do paciente e manutenção periodontal em intervalos apropriados, que de forma geral deve ser considerado como ideal de 3 em 3 meses. Se dentes decíduos forem afetados, a erupção de dentes permanentes deve ser monitorada para se detectar possível perda de inserção.
- d. Pela potencial natureza familiar das doenças agressivas, avaliação e aconselhamento dos familiares deve ser feito<sup>25</sup>.

### **Eliminação de periodontite refratária**

Na classificação de 1989<sup>35</sup>, uma categoria à parte foi denominada de Periodontite Refratária. Este grupo heterogêneo de doenças periodontais se refere a situações em que há uma progressão contínua da periodontite, apesar de uma excelente colaboração do paciente e a realização de uma terapêutica periodontal que teria sucesso na maioria dos pacientes portadores da então denominada Periodontite do Adulto, hoje Periodontite Crônica. Devido à diversidade de condições clínicas e tratamentos nos quais a terapêutica periodontal não impede a progressão da periodontite, os participantes do seminário foram da opinião que "Periodontite Refratária" não é uma única entidade de doença. Realmente, foi considerado possível que uma pequena porcentagem de casos de todas as formas de periodontite possam não responder ao tratamento. Então concluíram que, em lugar de uma única categoria, a

designação refratária poderia ser aplicada a todas as formas de periodontites classificadas no sistema novo (por exemplo, periodontite crônica refratária, periodontite agressiva refratária, etc)<sup>4</sup>.

### **Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas**

Na classificação de 1989<sup>35</sup>, uma das categorias era "Periodontite Associada a Doenças Sistêmicas". No geral, esta categoria foi mantida na classificação nova, pois está claro que a doença periodontal destrutiva pode ser uma manifestação de certas doenças sistêmicas. Foi consenso a elaboração de uma lista de doenças sistêmicas caracterizando uma periodontite a elas relacionadas. É interessante notar que o diabetes melito não consta desta lista. Na visão coletiva dos participantes, diabetes pode ser um modificador significativo de todas as formas de periodontite, mas há dados insuficientes para concluir que haja um diabetes melito específico associado à forma de periodontite. Por exemplo, a presença de diabetes melito não-controlado pode alterar o curso clínico e expressão de formas crônicas e agressivas de periodontite.

Semelhantemente, a classificação nova não contém uma categoria de doença separada para os efeitos do fumo na periodontite. O fumo foi considerado um modificador significante das múltiplas formas de periodontite<sup>4</sup>.

Uma das aparentes contradições no novo sistema é a inclusão dentro das "Doenças Gengivais Induzidas por Placa Bacteriana" (lista de classificação de doenças gengivais que podem ser modificadas por fatores sistêmicos) da "Gengivite associada a diabetes melito". Como se pode justificar a inclusão de uma categoria de gengivite associada a diabetes melito e excluir uma categoria paralela de periodontite? A razão para esta decisão é que a gengivite induzida por placa foi considerada uma entidade única pelos participantes do seminário. Este não é o caso para periodontites onde existem formas clínicas claramente diferentes. Teria sido possível incluir na classificação, nova subcategoria adicional como "periodontite crônica associada a diabetes melito" e "periodontite agressiva associada a diabetes melito". Contudo, o grupo decidiu que isto não seria necessário e nem tampouco justificável<sup>4</sup>.

Vários fatores sistêmicos foram documentados como sendo capazes de afetar o periodonto e/ou tratamento da doença periodontal. Componentes etiológicos sistêmicos podem estar presentes em pacientes que exibem inflamação ou destruição periodontal desproporcionais aos irritantes locais. O clínico deve estar atento às condições sistêmicas e/ou drogas que podem ser fatores contribuintes para doenças periodontais, e dos passos necessários para avaliação destes fatores. A terapêutica periodontal pode ser modificada com base na condição médica atual dos pacientes. Periodontopatógenos podem ser origem de infecções em outros locais do corpo. Desta maneira estas infecções podem afetar a saúde sistêmica<sup>28</sup>.

Avaliação do paciente com esta periodontite deve conter:

1. Exame periodontal completo.
2. Devem ser identificadas as condições que são sugestivas de desordens sistêmicas, tais como:
  - a. inaptidões físicas;
  - b. sinais ou sintomas de xerostomia, lesões mucocutâneas, crescimento gengival,
  - c. hemorragia gengival excessiva, outros indicadores não detectados ou doença sistêmica mal controladas;
  - d. uso terapêutico de droga;
  - e. sinais ou sintomas do hábito de fumar, dependência química e outros hábitos presentes no grupo de viciados;
  - f. história de doenças recentes ou crônicas;
  - g. evidência de fatores psicossociais/emocionais;
  - h. história familiar de doença sistêmica.



3. Solicitação de testes laboratoriais apropriados.
4. Indicação para consulta com outros profissionais de saúde quando justificado<sup>28</sup>.

### **Substituição de periodontite ulcerativa necrosante por doenças periodontais necrosantes**

Os participantes reconheceram que Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN) são clinicamente condições identificáveis. Porém, o grupo estava menos certo sobre a relação entre GUN e PUN. São condições clínicas partes de um único processo de doença ou são doenças verdadeiramente separadas? Os dados são insuficientes para solucionarem este assunto. O grupo decidiu então colocar ambas as condições clínicas em uma única categoria de "Doenças Periodontais Necrosantes". Se futuros estudos mostrarem que GUN e PUN são doenças fundamentalmente diferentes, podem então ser separadas em revisões subseqüentes<sup>4</sup>.

Um dos problemas potenciais com inclusão de "Doenças Periodontais Necrosantes" como uma categoria separada é que GUN e PUN podem ser manifestações ligadas a problemas sistêmicos como infecção por HIV. Se isto for verdade, então poderia ser mais apropriado classificar estas condições como manifestações de doenças sistêmicas. A razão para que isto não fosse concluído é que existem muitos outros fatores, que não doenças sistêmicas que parecem predispor ao desenvolvimento de GUN ou PUN como estresse e tabagismo. Então a compreensão sobre estas condições clínicas está longe de ser completa; a conclusão é que por enquanto ficam inclusas em uma única e separada categoria na nova classificação<sup>4</sup>.

### **Abscessos do periodonto**

A classificação de 1989<sup>35</sup> não incluiu uma seção de abscessos do periodonto. Isto foi resolvido com a adição de uma classificação simples, principalmente baseado no local (gingival, periodontal, pericoronário) destas lesões comumente encontradas. Poderia ser discutido que abscessos do periodonto são parte do curso clínico de muitas formas de periodontite e a formação de uma categoria de doença separada não seria justificado. Contudo, na visão dos participantes do seminário, desde que abscessos periodontais apresentam diagnóstico e modalidade de tratamento distinta eles merecem ser classificados a parte das outras doenças periodontais<sup>4</sup>.

### **Conclusão**

É importante uma classificação para doenças semelhantes que ocorram sobre uma mesma estrutura. Ela permite a elaboração das condutas terapêuticas em caráter universal, além de uma linguagem padronizada. Ocorre que a dinâmica da constante evolução do entendimento da etiopatogenia, leva à necessidade também de modificações nas classificações. É por isso que muito provavelmente em um determinado momento a comunidade científica estará novamente exigindo reformulação nesta classificação hoje vigente. É a evolução da Ciência!

### **Referências Bibliográficas**

1. AASS, A. M. et al. Variation in prevalence of radiographic alveolar bone loss in subgroups of 14-year-old schoolchildren in Oslo. **J Clin Periodontol**, v.15, p.130-133, 1988.
2. AASS, A. M.; TOLLEFSEN, T.; GJERMO, P. A cohort study of radiographic alveolar bone loss during adolescence. **J Clin Periodontol**, v.21, p.133-138, 1994.
3. ALBANDAR, J. M. et al. Gingival state and dental calculus in early-onset periodontitis. **J Periodontol**, v.67, p.953-959, 1996.
4. ARMITAGE, G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, n.1, v.4, p.1-6, 1999.
5. ARMITAGE, G. C. Periodontal diseases: Diagnosis. **Ann Periodontol**, v.1, p.37-215, 1996.
6. ATTSTRÖM, R.; VAN DER VELDEN, U. Consensus report (epidemiology). In: LANG, N. P.; KARRING, T. eds. Proceedings of the 1 st European *Workshop on Periodontics*, 1993. London: **Quintessence**, p.120-126, 1994.

7. BATISTA Jr, E. L. et al. Necrotizing ulcerative periodontitis associated with severe congenital immunodeficiency in a prepubescent subject: clinical findings and response to intravenous immunoglobulin treatment. **J Clin Periodontol**, v.26, p.499-504, 1999.
8. BHAT, M. Periodontal health of 14-17-year-old US school-children. **J Public Health Dent**, v.51, p.5-11, 1991.
9. BIMSTEIN, E.; DELANEY, J. E.; SWEENEY, E. A. Radiographic assessment of the alveolar bone in children and adolescents. **Pediatric Dent**, v.10, p.199-204, 1988.
10. BIMSTEIN, E.; SELA, M. N.; SHAPIRA, L. Clinical and microbial considerations for the treatment of an extended kindred with seven cases of prepubertal periodontitis: a 2-year follow-up. **Pediatric Dent**, v.19, p.396-403, 1997.
11. BROWN, L. J.; LÖE, H. Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. **Periodontol 2000**, v. 2, p.57-71, 1993.
12. CAPPELLI, D. P.; EBERSOLE, J. L.; KORNMAN, K. S. Early-onset periodontitis in Hispanic-American adolescents associated with *A. actinomycetemcomitans*. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.22, p.116-121, 1994.
13. CLEREHUGH, V. et al. Site progression of loss of attachment over 5 years in 14- to 19-year-old adolescents. **J Clin Periodontol**, v.22, p.15-21, 1995.
14. Consensus Report: Dental plaque-Induced Gingival diseases. **Ann Periodontol**, n.1, v.4, p.18-19, 1999.
15. DOUGHERTY, N.; GATALETTO, M. A. Oral sequelae of chronic neutrophil defects: case report of a child with glycogen storage disease type 1b. **Pediatric Dent**, v.17, p.224-229, 1995.
16. JEFFCOAT, M. K.; REDDY, M. S. Progression of probing attachment loss in adult periodontitis. **J Periodontol**, v. 62, p.185-189, 1991.
17. KÄLLESTÅL, C.; MATSSON, L.; HOLM, A. K. Periodontal conditions in a group of Swedish adolescents. (I). A descriptive epidemiologic study. **J Clin Periodontol**, v.17, p.601-608, 1990.
18. KÄLLESTÅL, C.; MATSSON, L. Marginal bone loss in 16-year-old Swedish adolescents in 1975 and 1988. **J Clin Periodontol**, v.18, p.740-743, 1991.
19. KAMMA, J. J.; LYGIDAKIS, N. A.; NAKOU, M. Subgingival microflora and treatment in prepubertal periodontitis associated with chronic idiopathic neutropenia. **J Clin Periodontol**, v.25, p.759-765, 1998.
20. LENNON, M. A.; DAVIES, R. M. Prevalence and distribution of alveolar bone loss in a population of 15-year-old school-children. **J Clin Periodontol**, v.1, p.175-182, 1974.
21. LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H.; MORRISON, E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. **J Clin Periodontol**, v.13, p.431-440, 1986.
22. MEYLE, J. Leukocyte adhesion deficiency and prepubertal periodontitis. **Periodontol 2000**, v.6, p.26-36, 1994.
23. PAPAPANOU, P. N.; WENNSTRÖM, J. L.; GRÖNDAHL, K. A 10-year retrospective study of periodontal disease progression. **J Clin Periodontol**, v.16, p.403-411, 1989.
24. PAPAPANOU, P. N. Periodontal diseases: Epidemiology. **Ann Periodontol**, v.1, p.1-36, 1996.
25. Parameter on aggressive periodontitis. **J Periodontol**, v.71, p.867-869, 2000.
26. Parameter on chronic periodontitis with advanced loss of periodontal support. **J Periodontol**, v.71, p.856-858, 2000.
27. Parameter on chronic periodontitis with slight to moderate loss of periodontal support. **J Periodontol**, v.71, p.853-855, 2000.
28. Parameter on periodontitis associated with systemic conditions. **J Periodontol**, v.71, p.876-879, 2000.
29. Parameter on Plaque-Induced Gingivitis. **J Periodontol**, v.71, p.851-852, 2000.
30. PLAGMANN, H. C. et al. Periodontal manifestation of hypophosphatasia. A family case report. **J Clin Periodontol**, v.21, p.710-716, 1994.
31. PRICHARD, J. F. et al. Prepubertal periodontitis affecting the deciduous dentition and permanent dentition in a patient with cyclic neutropenia. A case report and discussion. **J Periodontol**, v.55, p.114-122, 1984.
32. SJÖDIN, B.; MATSSON, L. Marginal bone loss in the primary dentition. A survey of 7-9-year-old children in Sweden. **J Clin Periodontol**, v.21, p.313-319, 1994.
33. SOCRANSKY, S. S. et al. New concepts of destructive periodontal disease. **J Clin Periodontol**, v.11, p.21-32, 1984.
34. SWEENEY, E. A. et al. Prevalence and microbiology of localized prepubertal periodontitis. **Oral Microbiol Immunol**, v.2, p.65-70, 1987.

35. THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. **Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics**. Chicago: The American Academy of Periodontology, v.1, p.23- 24, 1989.
36. TIMMERMAN, M. F. et al. Untreated periodontal disease in Indonesian adolescents. Clinical and microbiological baseline data. **J Clin Periodontol**, v.25, p.215-224, 1998.
37. VAN DER VELDEN, U. et al. Prevalence of periodontal breakdown in adolescents and presence of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in subjects with attachment loss. **J Periodontol**, v. 60, p.604-610, 1989.
38. WALDROP, T. C. et al. Periodontal manifestations of the heritable Mac-1, LFA-1, deficiency syndrome. **J Periodontol**, v.58, p.400-416, 1987.

(De acordo com a Academia Americana de Periodontologia) ARMITAGE, G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, n.1, v.4, p.1-6, 1999.