



Bem-vindo Revista Periodontia Janeiro/Junho-2000

BASES FUNDAMENTAIS DO PLANO DE TRATAMENTO PERIODONTAL-EXAME E AVALIAÇÃO

Sinopse

Silvia Rosana Soares CARNEIRO*

Ana Vitória IMBRONITO**

Abstract

Débora Biscaro GARCIA***

José Hildebrando TODESCAN****

SINOPSE

O exame da cavidade bucal não pode ser considerado completo sem que inclua uma minuciosa análise da condição periodontal do paciente. As informações obtidas durante o exame clínico periodontal são essenciais à detecção de eventuais Doenças Periodontais, assim como ao reconhecimento de seu tipo e de sua severidade. Tais dados, reunidos, permitem um acurado diagnóstico e o desenvolvimento de um plano adequado de tratamento.

Assim, dada a relevância do exame clínico periodontal, sugere-se, aqui, uma seqüência didática que envolve o reconhecimento e a documentação dos sinais clínicos de inflamação, da presença de fatores etiológicos, dos danos causados às estruturas periodontais, de problemas mucogingivais, bem como da avaliação de oclusão.

UNITERMOS

Diagnóstico periodontal, sondagem, doenças periodontais, exame clínico.

INTRODUÇÃO

As Doenças Periodontais (DP) podem acometer qualquer paciente, independentemente de sexo, raça ou idade. Segundo LÖE et al.¹², cerca de 85% da população por eles avaliadas apresentaram algum grau de DP, as quais tendem a progredir em até 90% dos casos em que não houver qualquer programa de prevenção, diagnóstico e tratamento ¹⁷.

Sendo assim, de modo geral as DP não deixam ao cirurgião-dentista outra alternativa a não ser a de interromper-lhes os processos evolutivos. Levando-se em conta que clinicamente não é possível prever se uma gengivite evoluirá para uma periodontite, deve-se tratar qualquer uma dessas manifestações que acometam os tecidos periodontais ²².

Uma das maiores incoerências na área da saúde é o emprego de alguma terapia sem que haja o estabelecimento prévio do diagnóstico correto. Isso ocorre porque uma mesma terapia pode, muitas vezes, ser indicada a uma série de doenças, no entanto, essa coincidência terá partido de um pressuposto totalmente empírico.

Na Periodontia não é diferente. As DP precisam ser diagnosticadas considerando-se o conhecimento específico sobre elas e a correta avaliação dos dados obtidos durante um exame clínico minucioso. Vale ressaltar que a correta avaliação com base nesses parâmetros está diretamente relacionada ao preparo e ao conhecimento do profissional que, a partir do diagnóstico preciso, determinará os procedimentos clínicos a serem adotados.

Exame clínico periodontal

O exame clínico e a avaliação do paciente constituem, segundo CARVALHO & TODESCAN⁵ (1977), o primeiro item do Plano de Tratamento Periodontal, cuja finalidade é estabelecer o diagnóstico da doença, registrar a extensão dos danos por ela causados e determinar os procedimentos necessários ao tratamento, o que, afinal, levará à sugestão do prognóstico do caso.

Ainda que não seja possível esgotar o assunto na sua totalidade, parece pertinente a apresentação, neste momento, de uma seqüência didática a ser utilizada durante o exame e a avaliação periodontal.

O exame não poderá ser considerado completo, a menos que a avaliação do paciente como um todo tenha sido feita. Dessa forma, justifica-se associar ao exame clínico periodontal propriamente dito a anamnese - que deverá conter tanto dados da condição sistêmica, quanto da condição bucal do paciente. Essas informações poderão ser úteis quando relacionadas aos fatores etiológicos e/ou para reunião de dados que auxiliem o estabelecimento do diagnóstico das DP. GROSSI et al.⁸ (1995), entre outros, analisando a literatura, salientaram a importância de alguns fatores como fumo, diabetes, estresse e gravidez, desde o início e mesmo na progressão das DP.

Identificadas as alterações sistêmicas presentes em cada caso, pode-se dar continuidade ao exame extrabucal - cabeça e pescoço -, após o qual se inicia o exame intrabucal - com a avaliação de tecidos moles, língua, bochechas, dentes e, finalmente, tecidos periodontais.

A partir daí, é necessário associar-se ao exame clínico o exame radiográfico complementar.

Mesmo que se considerem suas limitações, é inegável sua importância como um recurso não invasivo capaz de fornecer dados que de outro modo não seriam obtidos. Mas cabe salientar que, por ora, o enfoque será dado apenas ao exame clínico, uma vez que o radiográfico passa por uma série de expressivas modificações no campo da digitalização de imagens.

O exame e a avaliação do periodonto durante o exame clínico periodontal devem incluir: reconhecimento dos sinais clínicos da inflamação; presença de fatores etiológicos e avaliação da higiene bucal; extensão dos danos causados às estruturas periodontais, problemas mucogengivais e, enfim, avaliação oclusal.

Reconhecimento dos sinais clínicos da inflamação

Reconhecer os sinais clínicos da inflamação constitui a habilidade básica requerida na detecção de DP. Quando o patógeno periodontal coloniza sítios supra e/ou subgengivais em número suficiente, o hospedeiro engendra uma resposta inflamatória observável clinicamente. Assim, fica clara a necessidade de diferenciar tais alterações daqueles aspectos clínicos de normalidade dos tecidos periodontais.

Por vezes, a análise visual dos aspectos do tecido gengival apresenta características superficiais bastante evidentes e inquestionáveis. No entanto, há casos cujos aspectos clínicos não são tão claros, podendo as DP estarem disfarçadas sob uma gengiva com aspecto clínico de normalidade.

Nessas situações, segundo ARMITAGE³ (1990), a presença de sangramento sob estímulo pode ser um diferencial substantivo. Muitos são os métodos empregados (exploradores, sondas com pressão controlada, palito, fio dental), entretanto, a sonda periodontal é o instrumento mais utilizado para esse fim.

A presença de sangramento à sondagem tem sido tradicionalmente tomada como um indicador clínico objetivo do processo inflamatório do tecido conjuntivo, ainda que não diferencie a gengivite da periodontite. CATON⁶ (1989) chama a atenção para o fato de o sangramento ser um sinal mais sensível e precoce do que as alterações visuais, além de já ter sido relacionado a um aumento dos microrganismos sabidamente envolvidos na etiologia das DP⁴.

Presença de fatores etiológicos e avaliação da higiene bucal

Por ser a placa bacteriana diretamente relacionada às DP¹³, qualquer exame e avaliação periodontal deve levar em conta a extensão e/ou as características do acúmulo de placa. Conseqüentemente, a identificação de condições locais que propiciem a colonização bacteriana, bem como o padrão e o nível de controle de placa devem ser sistematicamente analisados. Também se deve observar a predisposição local para o acúmulo de placa, especialmente aspectos relacionados à morfologia do periodonto e a fatores iatrogênicos ²².

A abordagem mais freqüente para mensurar a presença de placa na superfície dentária é a utilização de índices. Um dos mais empregados, descrito por SILNESS & LÖE ¹⁹(1964), tem registros que variam de 0 (ausência de placa) até 3 (presença de placa abundante). Pode-se também empregar o Registro de Controle de Placa proposto por O'LEARY et al. ¹⁶ (1972) para a avaliação do comportamento do paciente ao longo do tempo.

Extensão dos danos às estruturas periodontais

Nível Clínico de Inserção (NCI) e Profundidade Clínica de Sondagem (PCS)

A sonda periodontal é usada principalmente para medir PCS e NCI, embora possa também ser empregada para identificação de sangramento e indutos intra-sulculares, além da avaliação de envolvimento de furca. A PCS representa a medida que vai da margem gengival até a porção mais apical da sonda periodontal; já o NCI reflete a distância da junção esmalte-cimento até a porção mais apical da

sonda periodontal ¹.

Segundo GOODSON⁷ (1986), o NCI de um mesmo sítio em dois tempos representa o melhor e mais confiável meio de determinar longitudinalmente a progressão da DP. Isso porque, ao contrário da PCS, essa medida não está sujeita a variáveis decorrentes de alterações da margem gengival.

A sondagem, porém, apresenta erros inerentes ao procedimento. ISIDOR et al.¹¹ (1984) mostraram uma concordância de apenas 60% entre duas medidas, o que evidencia a dificuldade na reprodução desse dado, uma vez que condições específicas - como força aplicada, grau de inflamação tecidual, tipo da sonda, anatomia local, grau de resolução da sonda, angulação ou amplitude do instrumento ¹⁸ podem alterar sua precisão. Dadas essas limitações, pode-se sugerir que variações de até 1mm entre duas tomadas não devam ser consideradas pela restrita sensibilidade do método.

As mensurações devem ser feitas de modo suave, ao longo de cada superfície dentária, com a sonda posicionada paralelamente ao eixo do dente, exceto nas faces interproximais, onde é desejável uma ligeira inclinação. Durante esse procedimento, devem ser registrados, em ficha específica, três pontos na face vestibular e três pontos na face lingual ou palatina (um ponto distal, um central e um mesial).

Sem dúvida, o uso da sonda periodontal é, atualmente, o melhor e mais fácil meio clínico de se obter registros de PCS e NCI.

Todavia, a interpretação de tais medidas demanda análise cautelosa, à luz do real significado delas, com base nos conhecimentos atuais. Para minimizar as limitações mencionadas e procurar superá-las, desenvolveram-se as sondas computadorizadas.

Ainda que não sejam, hoje, de grande utilidade na prática diária, pois reduzem a sensibilidade táctil do operador e aumentam o desconforto do paciente, há que se sublinhar seu emprego em pesquisas clínicas.

Envolvimento de furca

Resultados de estudos de longa duração, tais como os de HIRSCHFELD & WASSERMAN¹⁰ (1978), dão suporte à possibilidade de manutenção a longo prazo de dentes que envolvem bi e trifurcações.

No entanto, há que se salientar a existência das dificuldades terapêuticas que ocorrem desde o diagnóstico até o tratamento desses elementos. Sendo assim, ao exame clínico deve-se associar o conhecimento de aspectos anatômicos, como dimensão do tronco radicular, entrada e localização da furca, anatomia radicular interna, projeções cervicais de esmalte, ponte de bifurcação, canais acessórios etc.¹⁴. Diante disso, e considerando-se que apenas tardiamente é possível a detecção radiográfica do envolvimento das furcas, torna-se imprescindível um cuidadoso exame de todas essas regiões.

A fim de padronizar os diferentes níveis de envolvimento em cada uma delas, pode-se empregar a classificação de perda óssea horizontal de HAMP et al.⁹ (1975) e a vertical de TARNOW & FLETCHER²⁰ (1983).

A mais utilizada é a classificação horizontal⁹, que preconiza o envolvimento grau I para uma perda óssea menor que 3mm; grau II, para uma perda óssea maior que 3mm sem comunicação lado a lado, e grau III para uma destruição óssea que determina um envolvimento lado a lado.

Problemas mucogengivais

Diversas situações criadas pelas DP podem interferir nas relações funcionais entre a gengiva inserida (GI) e a mucosa alveolar.

Por isso é tão importante a identificação da extensão da faixa de GI, assim como a inserção de freios e bridas. AIMANO & LÖE² (1966) estudaram as variações na quantidade de GI e concluíram que as menores faixas são observadas na região de canino e primeiro pré-molar inferior. No entanto, WENNSTRON & LINDHE²³ (1983) mostraram que até mesmo a ausência de GI pode ser compatível com o estado de saúde. Em qualquer uma dessas circunstâncias é aconselhável registrar os sítios suscetíveis a problemas mucogengivais para tratamento ou, pelo menos, acompanhamento ao longo do tempo.

Avaliação oclusal

O papel da oclusão, ou do "trauma de oclusão", como é mais conhecido na literatura, ainda gera controvérsia entre clínicos e periodontistas. A correta análise da oclusão, isolada ou relacionada à periodontia, requer um sólido conhecimento nessa área. Só assim o profissional será capaz de reconhecer os fatores traumatizantes e, dessa maneira, identificar eventuais relações entre estes e a lesão traumática periodontal²¹. Como conseqüência de tal associação, a presença de mobilidade torna-se um parâmetro a ser observado clinicamente.

Entre os métodos de avaliação da mobilidade que têm sido descritos na literatura, o mais empregado, possivelmente pela sua simplicidade, é o proposto por MILLER¹⁵ (1950). A mobilidade é detectada utilizando-se dois instrumentos rígidos nas faces livres do dente em questão. O registro da mobilidade nessa classificação é definido como sendo: grau 1 para a mobilidade maior que a fisiológica; grau 2 para a mobilidade de 1mm em qualquer direção; grau 3 para a mobilidade maior que 1mm em qualquer direção e/ou intrusão do elemento dentário.

CONCLUSÃO

O exame clínico periodontal minucioso ainda hoje representa uma valiosa fonte de informações acerca da condição periodontal do paciente. Essa coleta de dados é essencial para o estabelecimento de um correto diagnóstico e da melhor seqüência de procedimentos dentro de um plano de tratamento periodontal. Saliente-se que, mesmo após o término da terapia proposta, quando o paciente estiver no programa de controle e manutenção (tratamento periodontal de suporte), exames periodontais devem ser repetidos rotineiramente de modo a monitorar a estabilidade do paciente.

ABSTRACT

An oral examination should not be considered complete unless it includes an assessment of periodontal status. Information collected during a clinical periodontal examination is essential for detecting the presence and assess the severity of the Periodontal Diseases. From the collected data it will be possible to establish a diagnosis and develop a logical treatment plan. The authors suggest a sequence wich involves the recognition and documentation of signs of inflammation, assessment of potential etiologic factors, clinical assessment of damage to periodontal structures, muco-gingival problems and occlusion.

KEY WORDS

Diagnoses, periodontal probing, periodontal diseases, clinical periodontal examination.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Glossary of Periodontic Terms, 1992.

2 - AIMANO, J.; LÖE, H. Anatomical characteristics of gingiva. A clinical and microscopic study of the free and attached gingiva. J Periodontol, v. 37, p. 5. 1966.

3 - ARMITAGE, G.C. In: GENCO, R.J.; GOLDMAN, H.M.; COHEN, D.N. Contemporary Periodontics, Toronto: Mosby, 7a ed, 1990.

4 - ARMITAGE G.; DICKERSON, W.R.; JENDERSECK, R.S.; LEVINE, S.M.; CHAMBERS, D.W.. Relationship between the percentage of subgingival spirochetes and severity of periodontal disease. J Periodontol, v. 53, p. 550-556, 1982.

5 - CARVALHO, J.C.M.; TODESCAN, J.H. Plano de tratamento periodontal. Ars Curandi, v. 4, p. 3-7, 1977.

6 - CATON, J.; BOUWSNA, O.; POLSON, A.; ESPELAND, M.; Effects of personal oral higiene and subgingival scaling on bleeding interdental gingiva. J Periodontol, v. 60, p. 84, 1989.

7 - GOODSON, J.M. Clinical measurements of periodontitis. J Clin Perio, v. 13, p. 446, 1986.

8 - GROSSI, S.G.; GENCO, R.J.; MACHTEI, E.E. et al. Assessmente of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss. J Periodontol, v. 66, p. 23-29, 1995.

9 - HAMP, S.E.; NEWMAN, S.; LINDHE, J. Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. J Clin Period, v. 2, p. 126-135, 1975.

10 - HIRSCHIFELD, L.; WASSERMAN, B. A long term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. J Periodontol, v. 49, p. 225, 1978.

11 - ISIDOR, F.; KARRING, T.; ATTOSTROM, R. Reproducibility of pocket depth and attachmente level measurements when using a flexibel splint. J Clin Period, v. 11, p. 662-668, 1984.

12 - LÖE, H.; ANERUD, A.; BOYSEN, H.; MORRISON, E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate ande no loss of attachment

in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. J Clin Period, v. 13, p. 431, 1986.

13 - LÖE, H.; THEILADE, E.; JENSEN, S. Experimental gingivitis in man. J Periodontol, v. 36, p. 177-187, 1965.

14 - MARDAM-BEY, W.; MAJZOUB, Z.; KON, S. Anatomic considerations in the etiology and management of maxillary and mandibular molars with furcation involvement. The Intern Jour of Perio & Rest Dent, v. 11, p. 399-410, 1991.

15 - MILLER, S.C. Textbook of Periodontia. 3. ed. Philadelphia: Blackston. 1950, 125p.

16 - O'LEARY, T.; DRAKE, R.B.; NAYLOR, J.E. The plaque control record. J Periodontol, v. 43, p. 38, 1972.

17 - OLIVER, R.C.; BROWN, L.J.; LÖE, H. Periodontal diseases in the United States population. J Periodontol, v. 69, p. 269-278, 1998.

18 - PERSSON, G. Effects of line-angle versus midproximal periodontal probing measurements on prevalence estimates of periodontal disease. J Periodont Res, v. 26, p. 527-529, 1991.

19 - SILNESS, J.; LÖE, H. Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta odontol Scand, v. 22, p. 121-135, 1964.

20 - TARNOW, D.; FLETCHER, P. Classification of vertical component of furcation involvement. J Periodontol, v. 55, p. 283-284, 1983.

21 - TODESCAN, J.H. Trauma de oclusão. In Lascaia NT e Moussalli NH. Periodontia Clínica II, São Paulo: Artes Médicas. 1989, p.869-890.

22 - TODESCAN, J.H. Doença Periodontal. 1995, 69p.

23 - WENNSTRON, J.; LINDHE, H. Plaque-induced gingival inflammation in the absence of attached gingiva in dogs. J Clin Period, v. 10, p. 266-276, 1983.

*** Professora. Assistente Mestre em Periodontia da FOUSP**

**** Doutora em Periodontia da FOUSP**

***** Estagiária da disciplina de Periodontia da FOUSP**

****** Professor Titular da disciplina de Periodontia da FOUSP**

