

# Nova Classificação das **Doenças** e **Condições** **Periodontais 2017**

---

Ana Caroline Ribeiro de Souza  
Antonia Dyeylly Ramos Torres Rios  
Maria Elidiane Lopes Ferreira Lima  
Sulema de Brito Moura  
Taiane Soares Vieira  
Giselle Torres Feitosa



**AYA EDITORA**  
2024

**Ana Caroline Ribeiro de Souza  
Antonia Dyeylly Ramos Torres Rios  
Maria Elidiane Lopes Ferreira Lima  
Sulema de Brito Moura  
Taiane Soares Vieira  
Giselle Torres Feitosa**

# **Nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais 2017**

**Ponta Grossa  
2024**

## **Direção Editorial**

Prof.º Dr. Adriano Mesquita Soares

## **Autoras**

Ana Caroline Ribeiro de Souza  
Antonia Dyeylly Ramos Torres Rios  
Maria Elidiane Lopes Ferreira Lima  
Sulema de Brito Moura  
Taiane Soares Vieira  
Giselle Torres Feitosa

## **Capa**

AYA Editora©

## **Revisão**

As Autoras

## **Executiva de Negócios**

Ana Lucia Ribeiro Soares

## **Produção Editorial**

AYA Editora©

## **Imagens de Capa**

br.freepik.com

## **Área do Conhecimento**

Ciências da Saúde

# **Conselho Editorial**

Prof.º Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva  
*Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí*

Prof.º Dr. Aknaton Toczec Souza  
*Centro Universitário Santa Amélia*

Prof.ª Dr.ª Andréa Haddad Barbosa  
*Universidade Estadual de Londrina*

Prof.ª Dr.ª Andreia Antunes da Luz  
*Faculdade Sagrada Família*

Prof.º Dr. Argemiro Midonês Bastos  
*Instituto Federal do Amapá*

Prof.º Dr. Carlos López Noriega  
*Universidade São Judas Tadeu e Lab. Biomecatrônica - Poli - USP*

Prof.º Dr. Clécio Danilo Dias da Silva  
*Centro Universitário FACEX*

Prof.ª Dr.ª Daiane Maria de Genaro Chirolí  
*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Danyelle Andrade Mota  
*Universidade Federal de Sergipe*

Prof.ª Dr.ª Déborah Aparecida Souza dos Reis  
*Universidade do Estado de Minas Gerais*

Prof.ª Ma. Denise Pereira  
*Faculdade Sudoeste – FASU*

Prof.ª Dr.ª Eliana Leal Ferreira Hellvig  
*Universidade Federal do Paraná*

Prof.º Dr. Emerson Monteiro dos Santos  
*Universidade Federal do Amapá*

Prof.º Dr. Fabio José Antonio da Silva  
*Universidade Estadual de Londrina*

Prof.º Dr. Gilberto Zammar  
*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Helenadja Santos Mota  
*Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, IF Baiano - Campus Valença*

Prof.ª Dr.ª Heloísa Thaís Rodrigues de Souza  
*Universidade Federal de Sergipe*

Prof.ª Dr.ª Ingridi Vargas Bortolaso  
*Universidade de Santa Cruz do Sul*

Prof.ª Ma. Jaqueline Fonseca Rodrigues  
*Faculdade Sagrada Família*

Prof.ª Dr.ª Jéssyka Maria Nunes Galvão  
*Faculdade Santa Helena*

Prof.º Dr. João Luiz Kovaleski  
*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.º Dr. João Paulo Roberti Junior  
*Universidade Federal de Roraima*

Prof.º Me. Jorge Soistak  
*Faculdade Sagrada Família*

Prof.º Dr. José Enildo Elias Bezerra  
*Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Ceará, Campus Ubajara*

Prof.ª Dr.ª Karen Fernanda Bortoloti  
*Universidade Federal do Paraná*

Prof.ª Dr.ª Leozenir Mendes Betim  
*Faculdade Sagrada Família e Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais*

Prof.<sup>a</sup> Ma. Lucimara Glap  
*Faculdade Santana*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Luiz Flávio Arreguy Maia-Filho  
*Universidade Federal Rural de Pernambuco*

Prof.<sup>o</sup> Me. Luiz Henrique Domingues  
*Universidade Norte do Paraná*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Milson dos Santos Barbosa  
*Instituto de Tecnologia e Pesquisa, ITP*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Myller Augusto Santos Gomes  
*Universidade Estadual do Centro-Oeste*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Pauline Balabuch  
*Faculdade Sagrada Família*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Pedro Fauth Manhães Miranda  
*Universidade Estadual de Ponta Grossa*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Rafael da Silva Fernandes  
*Universidade Federal Rural da Amazônia, Campus Parauapebas*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Negri Pagani  
*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Ricardo dos Santos Pereira  
*Instituto Federal do Acre*

Prof.<sup>a</sup> Ma. Rosângela de França Bail  
*Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Rudy de Barros Ahrens  
*Faculdade Sagrada Família*

Prof.<sup>o</sup> Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares  
*Universidade Federal do Piauí*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Aparecida Medeiros  
Rodrigues  
*Faculdade Sagrada Família*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Silvia Gaia  
*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sueli de Fátima de Oliveira Miranda  
Santos  
*Universidade Tecnológica Federal do Paraná*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Thaisa Rodrigues  
*Instituto Federal de Santa Catarina*

© 2023 - **AYA Editora** - O conteúdo deste Livro foi enviado pelas autoras para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição *Creative Commons* 4.0 Internacional (**CC BY 4.0**). Este livro, incluindo todas as ilustrações, informações e opiniões nele contidas, é resultado da criação intelectual exclusiva das autoras. As autoras detêm total responsabilidade pelo conteúdo apresentado, o qual reflete única e inteiramente a sua perspectiva e interpretação pessoal. É importante salientar que o conteúdo deste livro não representa, necessariamente, a visão ou opinião da editora. A função da editora foi estritamente técnica, limitando-se ao serviço de diagramação e registro da obra, sem qualquer influência sobre o conteúdo apresentado ou opiniões expressas. Portanto, quaisquer questionamentos, interpretações ou inferências decorrentes do conteúdo deste livro, devem ser direcionados exclusivamente às autoras.

---

S7293 Souza, Ana Caroline Ribeiro de

Nova classificação das doenças e condições periodontais 2017 [recurso eletrônico]. / Ana Caroline Ribeiro de...[et al.]. -- Ponta Grossa: Aya, 2024. 44 p.

Inclui biografia

Inclui índice

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5379-427-6

DOI: 10.47573/aya.5379.1.225

1. Periodontia. 2 Doença periodontal. I. Rios, Antonia Dyeylly Ramos Torres. II. Lima, Maria Elidiane Lopes Ferreira . III. Moura, Sulema de Brito . IV. Vieira, Taiane Soares. V. Feitosa, Giselle Torres. VI. Título

CDD: 617.632

---

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Bruna Cristina Bonini - CRB 9/1347

---

## **International Scientific Journals Publicações de Periódicos e Editora LTDA**

**AYA Editora©**

**CNPJ:** 36.140.631/0001-53

**Fone:** +55 42 3086-3131

**WhatsApp:** +55 42 99906-0630

**E-mail:** contato@ayaeditora.com.br

**Site:** <https://ayaeditora.com.br>

**Endereço:** Rua João Rabello Coutinho, 557  
Ponta Grossa - Paraná - Brasil  
84.071-150

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>10</b>
Periodontite .....	14
Outras condições que afetam o periodonto .....	22
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>31</b>
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>32</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>36</b>
<b>SOBRE AS AUTORAS .....</b>	<b>38</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO .....</b>	<b>40</b>

# APRESENTAÇÃO

---

O termo “doença periodontal” é usado num sentido amplo para abranger todas as condições patológicas que acometem as estruturas do periodonto de proteção e/ou sustentação. A etiologia e a patogênese das doenças periodontais têm sido objeto de muitos estudos nas últimas décadas.

Com isso, os conceitos vêm sofrendo grandes alterações devido aos novos conhecimentos e técnicas científicas. Diante desse fato, a classificação das doenças precisa ser constantemente redefinida para acompanhar os avanços e as novas descobertas na área.

A proposição deste trabalho é apresentar ao cirurgião-dentista uma breve revisão de literatura sobre a nova classificação, descrevendo brevemente algumas modificações e adições relevantes proposta pelos revisores. Assim, discorrendo sobre a Atual Classificação das Condições Periodontais vigorada em 2017.



# INTRODUÇÃO

O termo “doença periodontal” é usado num sentido amplo para abranger todas as condições patológicas que acometem as estruturas do periodonto de proteção e/ou sustentação. A etiologia e a patogênese das doenças periodontais têm sido objeto de muitos estudos nas últimas décadas. Com isso, os conceitos vêm sofrendo grandes alterações devido aos novos conhecimentos e técnicas científicas. Diante desse fato, a classificação das doenças precisa ser constantemente redefinida para acompanhar os avanços e as novas descobertas na área (Novak, 2002).

Uma padronização destes sistemas de classificação é necessária tanto para uma satisfação das necessidades clínicas, possibilitando um correto diagnóstico, plano de tratamento e previsão de prognóstico, quanto para uma ordenação dos estudos científicos, já que a falta de padronização dificulta, ou até mesmo impossibilita a comparação dos resultados obtidos entre estudos (Dias *et al.*, 2006).

Desde Hipócrates (460 a 377 a.C), já se discutia a etiologia das diferentes alterações que afetam os dentes, como o sangramento gengival e a mobilidade. Em 1923, Gottlieb publicou um artigo com uma das primeiras classificações das doenças periodontais: tipo I: denominada de “piorrea alveolar” (seria a atual gengivite), tipo II: Piorrea paradental, tipo III: denominada periodontose e tipo IV: Trauma oclusal. Durante o século XX, apareceram outras classificações das doenças periodontais. Na classificação das doenças periodontais de 1982 e, depois, na classificação da Academia Americana de Periodontia, de 1989, utilizaram-se termos, como: Periodontite de Estabelecimento Precoce; Periodontite de Progressão Rápida e Periodontite Juvenil (localizada e generalizada). Em 1999, a Academia Americana de Periodontia lançou uma nova classificação que até então era utilizada, onde passava a adotar o termo periodontite agressiva e excluía as periodontites do tipo precoce. Esse estudo priorizava uma classificação mais simples e de tipo nominalista: Gengivite, Periodontite (crônica/agressiva), Periodontites necrosantes.

Em 2017, foi realizada uma conferência reunindo 110 especialistas com o intuito de atualizar a Classificação Periodontal de 1999, a qual apresentava falhas e uma enorme complexidade de aplicação em virtude do grande número de categorias de doenças e



condições apresentadas (Holzhausen *et al.*, 2019). No mês de junho de 2018, foi lançado o Proceedings do Workshop Mundial para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares, o qual ocorreu de 9 a 11 de novembro de 2017 em Chicago, nos Estados Unidos. A publicação é um esforço conjunto da Academia Americana de Periodontia e da Federação Europeia de Periodontia e substitui a classificação até então vigente (Steffens, 2018).

A proposição deste trabalho é apresentar ao cirurgião-dentista uma breve revisão de literatura sobre a nova classificação, descrevendo brevemente algumas modificações e adições relevantes proposta pelos revisores. Assim, discorrendo sobre a Atual Classificação das Condições Periodontais vigorada em 2017.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento de um esquema de classificação das doenças e condições periodontais é importante para um apropriado diagnóstico e tratamento dos pacientes bem como, para que seja possível o estudo da etiologia, patogênese, história natural e tratamento destas doenças e condições (Holzhausen *et al.*, 2019). Diante desse fato, a classificação das doenças precisa ser constantemente redefinida para acompanhar os avanços e as novas descobertas na área (Novak, 2002).

O sistema novo de classificação foi proposto à definição de saúde periodontal (periodonto íntegro ou periodonto reduzido) e a simplificação da definição de gengivite em apenas duas categorias: gengivite induzida pelo biofilme e doenças gengivais não induzidas pelo biofilme. Além disso, as denominações de periodontite crônica ou agressiva foram eliminadas e apenas três formas de periodontite foram definidas: periodontite, periodontite necrosante e periodontite como manifestação de doenças sistêmicas. Inclui também a caracterização dos casos de periodontite de acordo com estágios e graus, através da determinação da complexidade, severidade e fatores de risco associados ao caso. As lesões endodôntico-periodontais, definidas por uma comunicação patológica entre os tecidos pulpare e periodontais de um determinado dente, ocorrem de forma aguda ou crônica, e são classificadas de acordo com sinais e sintomas que têm impacto direto em seu prognóstico e tratamento. Abscessos periodontais são definidos como lesões agudas caracterizadas pelo acúmulo localizado de pus dentro da parede gengival da bolsa periodontal/sulco, rápida destruição tecidual e estão associados ao risco de disseminação sistêmica (Papapanou *et al.*, 2019). O novo sistema de classificação define também uma terceira categoria na qual se encontram outras condições que afetam o periodonto, tais como inúmeras condições sistêmicas, forças oclusais traumáticas, condições adquiridas ou congênitas, abscessos periodontais e lesões endo-periodontais que afetam o periodonto. Por último, na Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2017, foi proposto um novo sistema de classificação das retrações gengivais, o qual leva em consideração a perda de inserção interproximal, fenótipo gengival e características da superfície radicular exposta (Holzhausen *et al.*, 2019).

**Quadro 1 - Resumo da classificação das condições e doenças periodontais de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia.**

<b>CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS</b>		
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais	Periodontite	Outras condições que afetam o periodonto

**Fonte: Adaptado de Steffens *et al.* 2018.**

Para as condições periodontais, há três grandes grupos:

1. Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais, subdividido em:

- Saúde Periodontal e Saúde Gengival

A saúde periodontal é definida pela ausência de inflamação clinicamente detectável. Existe um nível biológico de vigilância imunológica que é consistente com a saúde gengival clínica e a homeostase. A saúde gengival clínica pode ser encontrada num periodonto intacto, ou seja, sem perda de inserção clínica ou perda óssea, e num periodonto reduzido num doente sem periodontite (por exemplo, em doentes com alguma forma de recessão gengival ou após cirurgia de aumento da coroa) ou num doente com um histórico de periodontite que esteja atualmente estável periodontalmente. A saúde gengival clínica pode ser restaurada após o tratamento da gengivite e da periodontite. No entanto, o paciente com periodontite tratada e estável com saúde gengival atual permanece em risco aumentado de periodontite recorrente e, portanto, deve ser monitorado de perto (Chapple *et al.*, 2018). Analisando clinicamente um paciente com periodonto íntegro apresenta saúde clínica sem perda de inserção, profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e sem perda óssea radiográfica. Em pacientes com periodontite estável com perda de inserção apresenta profundidade de sondagem de até 4 mm, sem sítios com profundidade de sondagem igual ou superior a 4 mm com sangramento à sondagem, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e com perda óssea radiográfica. Em pacientes sem periodontite com perda de inserção apresenta profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e possível perda óssea radiográfica (por exemplo, em casos de recessão gengival e aumento de coroa clínica).

- Gengivite Induzida pelo Biofilme

A gengivite induzida por biofilme de placa dentária é definida em nível local como “uma lesão inflamatória resultante de interações entre o biofilme de placa dentária e a resposta imuno-inflamatória do hospedeiro, que permanece contida dentro da gengiva e não se estende à fixação periodontal (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar). Essa inflamação permanece confinada à gengiva e não se estende além da junção mucogengival, sendo reversível pela redução dos níveis de placa dentária na apical à margem gengival”. Dependendo se a inflamação gengival induzida por biofilme na placa dentária ocorre num periodonto intacto ou reduzido, ou num doente com diagnóstico de periodontite, a gengivite pode ser ainda mais classificada como: gengivite num periodonto intacto, gengivite num periodonto reduzido num doente sem periodontite (por exemplo, recessão, aumento da coroa), inflamação gengival num periodonto reduzido num doente com periodontite tratada com sucesso. A gengivite induzida por placa bacteriana tem uma variedade de sinais e sintomas clínicos, e tanto os fatores predisponentes locais quanto os fatores modificadores sistêmicos podem afetar sua extensão, gravidade e progressão. A gengivite induzida por placa bacteriana pode surgir em um periodonto intacto ou em um periodonto reduzido em um paciente sem periodontite ou em um “paciente com periodontite” atualmente estável, ou seja, tratado com sucesso, no qual a inflamação clínica foi eliminada ou substancialmente reduzida (Chapple *et al.*, 2019).

A gengivite é um importante fator de risco e um pré-requisito necessário para a periodontite. O tratamento da gengivite é, portanto, uma estratégia de prevenção primária da periodontite. A gengivite é diagnosticada clinicamente. Os sinais clínicos da inflamação são: eritema, edema, dor, calor e perda de função. Estes podem manifestar-se clinicamente na gengivite como: inchaço, visto como perda da margem gengival com ponta de faca e embotamento das papilas, hemorragia em sondas suaves, vermelhidão e desconforto em sondas suaves. Os sintomas que o paciente pode relatar incluem: gengivas hemorrágicas (sabor metálico/alterado), dor, halitose, dificuldade em comer, aparência (gengivas vermelhas inchadas), qualidade de vida relacionada à saúde bucal reduzida e as radiografias não podem ser usadas para diagnosticar gengivite (Chapple *et al.*, 2019). A gengivite pode (não necessariamente) ser classificada de acordo com sua severidade, com o objetivo de demonstrar ao paciente a gravidade de sua situação. O artigo do consenso do grupo 1

propõe uma classificação baseada na extensão da doença, determinando-se intervalos de porcentagens de sítios envolvidos para cada nível (leve, moderada e severa) ou grau. Em estudos epidemiológicos, pode ainda ser classificada quanto à sua extensão em localizada (10-30% dos sítios com sangramento à sondagem) ou generalizada (> 30% dos sítios) (Steffens *et al.*, 2018).

A gengivite ainda pode ser mediada por fatores de risco locais, que são aqueles que estimulam o acúmulo de placa em um local específico, inibindo sua remoção durante as práticas diárias de higiene bucal e/ou criando um ambiente biológico. Estes incluem: fatores de retenção da placa bacteriana (incluindo certos fatores anatômicos do dente), as margens da restauração subgengival podem ser prejudiciais à saúde gengival, xerostomia e respiração bucal. O risco sistêmico ou fatores modificadores são aquelas características presentes em um indivíduo que influenciam negativamente a resposta imuno-inflamatória a uma determinada carga de biofilme de placa dental, resultando em inflamação exagerada. Estes incluem: tabagismo, hiperglicemia, fatores nutricionais, agentes farmacológicos (prescritos, não prescritos e recreacionais), hormônios esteroides sexuais (puberdade, ciclo menstrual, gravidez e contraceptivos orais) e condições hematológicas. Agentes farmacológicos (prescrição, não prescrição e agentes recreativos) podem agir através de diversos mecanismos para aumentar a suscetibilidade à gengivite. Isso pode incluir drogas que reduzem o fluxo salivar, drogas que afetam a função endócrina e drogas que podem induzir aumento gengival (ciclosporina) e pseudo-pocketing.

- Doenças gengivais não induzidas pelo biofilme:

Embora a saúde oral e a saúde sistêmica sejam frequentemente consideradas como entidades separadas, ambas estão fortemente inter-relacionadas. Existem inúmeros exemplos de como as doenças orais podem afetar a saúde sistêmica e como a cavidade oral pode ser uma janela para a saúde geral. As condições gengivais não dentárias induzidas pela placa bacteriana abrangem uma variedade de condições que não são causadas pela placa bacteriana e geralmente não resolve após a remoção da placa bacteriana. Tais lesões podem ser manifestações de uma condição sistêmica ou podem estar localizadas na cavidade oral. Embora essas lesões não sejam causadas pelo biofilme da placa dentária, a gravidade das manifestações clínicas muitas vezes depende do acúmulo

da placa e subsequente inflamação gengival (Chapple *et al.*, 2019). Sendo classificada como: desordens genéticas/desenvolvimento (Fibromatose gengival hereditária), infecções específicas (Bacteriana: *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Mycobacterium tuberculosis*, *gengivite estreptocócica*; viral: *Coxsackie*, *herpes simples*, *Varicella zoster*, *Molluscum contagiosum*, *papilomavírus*; fúngica: candidíase), condições imunes e inflamatórias (Reações de hipersensibilidade, doenças autoimunes, condições inflamatórias granulomatosas), processos reacionais (Epúlides), neoplasias (pré-maligna: leucoplasia; maligna: carcinoma de células escamosas, leucemia, linfoma), doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (deficiência de vitamina C), lesões traumáticas (físico, químico, térmico) e pigmentação gengival (Holzhausen *et al.*, 2019).

**Quadro 2 - Resumo da classificação da Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia.**

<b>CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS</b>		
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais	Periodontite	Outras condições que afetam o periodonto
Saúde periodontal e Saúde gengival	Gengivite induzida pelo biofilme	Doenças gengivais não induzidas pelo biofilme

**Fonte: Adaptado de Steffens *et al.* 2018.**

## **Periodontite**

Foi adotado um novo esquema de classificação da periodontite, no qual formas da doença anteriormente reconhecidas como “crônicas” ou “agressivas” são agora agrupadas em uma única categoria (“Periodontite”) e são ainda mais caracterizadas com base em um sistema de estágios e classificação multidimensional. O estágio depende em grande parte da gravidade da doença na apresentação, bem como da complexidade da gestão da doença, enquanto a classificação fornece informações suplementares sobre as características biológicas da doença, incluindo uma análise baseada na história da taxa de progressão da periodontite; avaliação do risco de progressão futura; análise de possíveis maus resultados do tratamento; e avaliação do risco de a doença ou o seu tratamento poderem afetar negativamente a saúde geral do doente (Papapanou *et al.*, 2019).

A periodontite é uma doença inflamatória multifatorial crônica associada a biofilmes de placa disbiótica e caracterizada pela destruição progressiva do aparelho de suporte

dentário. Suas principais características incluem a perda do suporte tecidual periodontal, manifestada pela perda de inserção clínica (PIC) e perda óssea alveolar avaliada radiograficamente, presença de bolsas periodontais e sangramento gengival (Papapanou *et al.*, 2019). As principais características que identificam a periodontite são a perda do suporte do tecido periodontal devido à inflamação que é a principal característica da periodontite, um limiar de interproximal, PIC de  $\geq 2$  mm ou  $\geq 3$  mm em  $\geq 2$  dentes não adjacentes é comumente usado. Os clínicos normalmente confirmam a presença de perda de tecido interproximal por meio de avaliações radiográficas de perda óssea. Descrições clinicamente significativas de periodontite devem incluir a proporção de locais que sangram ao sondar e o número e proporção de dentes com profundidade de sondagem acima de certos limiares (geralmente  $\geq 4$  mm e  $\geq 6$  mm) e de dentes com PIC de  $\geq 3$  mm e  $\geq 5$  (Holtfreter *et al.*, 2015).

As evidências atuais não suportam a distinção entre periodontite crônica e agressiva, como definida pelo *Workshop* de Classificação de 1999, como duas doenças separadas; no entanto, existe uma variação substancial na apresentação clínica com relação à extensão e gravidade em todo o espectro etário, sugerindo que existem subgrupos populacionais com trajetórias distintas de doenças devido a diferenças na exposição e/ou suscetibilidade. Diferenças de etiologia e fisiopatologia são necessárias para indicar a presença de entidades de periodontite distintas; variações na apresentação clínica por si, ou seja, extensão e gravidade, não suportam o conceito de doenças diferentes (Papapanou *et al.*, 2019).

No contexto dos cuidados clínicos, um paciente é diagnosticado com periodontite se a perda de inserção clínica (PIC) interdental é detectável em  $\geq 2$  dentes não-adjacentes, ou o PIC bucal ou oral  $\geq 3$  mm com bolsa  $\geq 3$  mm é detectável em  $\geq 2$  dentes, mas o PIC observado não pode ser atribuído a causas não relacionadas a periodontia, tais como: recessão gengival de origem traumática, cárie dentária que se estende na área cervical do dente, presença de PIC na face distal de um segundo molar que está associada à má posição ou extração de um terceiro molar, lesão endodôntica drenando através do periodonto marginal e ocorrência de fratura vertical da raiz.

A classificação fornece informações suplementares sobre as características biológicas da doença, incluindo uma análise baseada na história da taxa de progressão da periodontite, avaliação do risco de progressão futura, análise dos possíveis maus resultados



do tratamento e avaliação do risco de a doença ou o seu tratamento poderem afetar negativamente a saúde geral do doente. Para uma descrição completa dos fundamentos, determinantes e implementação prática do sistema de estágio e classificação, foi planejado os seguintes quadros que listam a estrutura do sistema de estágio e classificação:

**Quadro 3 - Classificação da periodontite com base em estágios definidos pela gravidade (de acordo com o nível de perda de inserção clínica interdentária, perda óssea radiográfica e perda dentária), complexidade, extensão e distribuição.**

Estágio da Periodontite		Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Severidade	Perda de inserção clínica interdental de maior perda	1 ou 2 mm	3 ou 4mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Perda óssea radiográfica	Terço coronal (<15%)	Terço coronal (15% ou 33%)	Estendendo-se para terço médio ou apical da raiz	Estendendo-se para terço médio ou apical da raiz
	Dentes perdidos	Sem perda dentária devido à periodontite	Sem perda dentária devido à periodontite	Perda dentária devido à periodontite ≤ 4 dentes	Perda dentária devido à periodontite ≥ 5 dentes
Complexidade	Local	Profundidade máxima de sondagem ≤ 4 mm Principalmente perda óssea horizontal	Profundidade máxima de sondagem ≤ 5 mm Principalmente perda óssea horizontal	Além da complexidade do estágio II: profundidade de sondagem ≥ 6 mm, perda óssea vertical ≥ 3 mm, envolvimento de furca classe II ou III, defeito moderado na crista	Além da complexidade do estágio III: necessidade de reabilitação complexa devido à disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (grau de mobilidade dentária ≥ 2), defeito grave na crista, colapso da mordida, menos de 20 dentes restantes (10 pares opostos)
		Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo
Extensão e distribuição	Adicionar ao estágio como descritor	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo	Para cada estágio descreva a extensão como localizada (>30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo

Fonte: Adaptado de Papapanou et al.2018.

O estágio inicial deve ser determinado usando-se a perda de inserção clínica (PIC); se não estiver disponível, então a perda óssea radiográfica (POR) deve ser usada. Informações sobre perda dentária que podem ser atribuídas principalmente à periodontite - se disponíveis - podem modificar a definição do estágio. Este é o caso mesmo na ausência de fatores de complexidade. Os fatores de complexidade podem mudar o estágio para

um nível mais alto. A distinção entre a fase III e a fase IV baseia-se principalmente em fatores de complexidade. Para um determinado caso, apenas alguns, não todos, os fatores de complexidade podem estar presentes; no entanto, em geral, é necessário apenas um fator de complexidade para mudar o diagnóstico para um estágio mais elevado. Deve-se ressaltar que essas definições de casos são diretrizes que devem ser aplicadas com bom senso clínico para se chegar ao diagnóstico clínico mais adequado. Para pacientes pós-tratamento, PIC e POR ainda são os determinantes primários do estágio primário. Se um fator de complexidade de mudança de estágio for eliminado pelo tratamento, o estágio não deve retroceder para um estágio mais baixo, uma vez que o fator de complexidade do estágio original deve sempre ser considerado no gerenciamento da fase de manutenção.

**Quadro 4 - Classificação da periodontite com base em graus que refletem características biológicas da doença, incluindo evidência ou risco de progressão rápida, resposta antecipada ao tratamento e efeitos sobre a saúde sistêmica.**

Grau da periodontite			Grau A: ritmo lento de progressão	Grau B: ritmo moderado de progressão	Grau C: ritmo rápido de progressão
Critério primário	Evidência completa de progressão	Dados longitudinais (perda óssea radiográfica ou perda de inserção clínica)	Evidência de nenhuma perda em 5 anos	< 2 mm em 5 anos	≥ 2 mm em 5 anos
	Evidência indireta de progressão.	% perda óssea/idade	< 0.25	0.25 ou 1.0	> 1.0
		Fenótipo de caso	Depósitos pesados de biofilme com baixos níveis de destruição	Destruição proporcional aos depósitos de biofilme	Destruição excede a expectativa dada ao depósito de biofilme; padrões clínicos específicos sugestivos de períodos de progressão rápida e/ou doença de início precoce (padrão molar/incisivo, falta de resposta esperada às terapias padrão de controle bacteriano)
Modificadores de grau	Fatores de risco	Fumo/cigarro	Não-fumante	Fuma < 10 cigarros por dia	Fuma ≥ 10 cigarros por dia
		Diabetes	Normoglicêmico/ sem diagnóstico de Diabetes	HbA1c < 7.0% em pacientes diabéticos	HbA1c ≥ 7.0% em pacientes diabéticos

Fonte: Adaptado de Papapanou et al.2018.

O grau deve ser usado como um indicador da taxa de progressão da periodontite. Os

critérios primários são a evidência direta ou indireta da progressão. Sempre que disponível, é utilizada evidência direta; na sua ausência, é feita uma estimativa indireta utilizando a perda óssea em função da idade no dente ou apresentação do caso mais afetado (perda óssea radiográfica expressa em porcentagem do comprimento da raiz dividido pela idade do sujeito, POR/idade). Os clínicos devem inicialmente assumir a doença de grau B e procurar evidências específicas para mudar para grau A ou C, se disponíveis. Uma vez que o grau é estabelecido com base na evidência de progressão, ele pode ser modificado com base na presença de fatores de risco. PIC = perda de inserção clínica; HbA1c = hemoglobina glicada; POR = perda óssea radiográfica.

No atual sistema de classificação são reconhecidas diferentes formas de periodontite, com base na fisiopatologia foram identificadas três formas claramente diferente de periodontite: (A) Periodontite necrosante (B) Periodontite como manifestação direta de doenças sistêmicas (C) Periodontite.

O diagnóstico diferencial baseia-se na história e nos sinais e sintomas específicos da periodontite necrosante, ou na presença ou ausência de uma doença sistêmica incomum que altere a resposta imune do hospedeiro. A periodontite como manifestação direta da doença sistêmica (Albandar *et al.*, 2018; Jepsen *et al.*, 2018) deve seguir a classificação da doença primária de acordo com os respectivos códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID). Os restantes casos clínicos de periodontite que não tenham as características locais de periodontite necrosante ou as características sistêmicas de uma doença imune rara com uma manifestação secundária de periodontite devem ser diagnosticados como “periodontite” e ser posteriormente caracterizados através de um sistema de estágios e classificação que descreva a apresentação clínica, bem como outros elementos que afetam a conduta clínica, o prognóstico e, potencialmente, influências mais amplas na saúde oral e sistêmica.

A Periodontite Necrosante é um processo inflamatório do periodonto caracterizado por necrose/ulceração da papila interdental, sangramento gengival, halitose, dor e perda óssea rápida. Outros sinais/sintomas associados podem incluir formação de pseudomembrana, linfadenopatia e febre. No Proceedings, há um artigo relacionado às lesões periodontais agudas, e o consenso do grupo 2 também reconhece as seguintes

doenças periodontais necrosantes: gengivite necrosante (processo inflamatório agudo do tecido gengival caracterizado pela presença de necrose/ulceração das papilas interdentais, sangramento gengival e dor. Outros sinais e sintomas associados podem incluir halitose, pseudomembranas, linfadenopatia regional, febre e sialorreia em crianças), periodontite necrosante (processo inflamatório do periodonto caracterizado pela presença de necrose/ulceração das papilas interdentais, sangramento gengival, halitose, dor e perda óssea rápida. Outros sinais e sintomas associados podem incluir formação de pseudomembrana, linfadenopatia e febre) e estomatite necrosante (condição inflamatória severa do periodonto e da cavidade oral em que a necrose dos tecidos moles se estende além da gengiva, e a desnudação óssea pode ocorrer por meio da mucosa alveolar, com áreas aumentadas de osteíte e formação de sequestro ósseo). Tipicamente ocorre em pacientes sistêmica e severamente comprometidos (Steffens *et al.*, 2018).

**Quadro 5 - Resumo da classificação da Periodontite de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia.**

<b>CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS</b>		
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais	Periodontite	Outras condições que afetam o periodonto
Doenças periodontais necrosantes	Periodontite	Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas

**Fonte: Adaptado de Steffens *et al.* 2018.**

O termo lesão endoperiodontal descreve uma comunicação patológica entre os tecidos pulpares e periodontais de um determinado dente que pode ser desencadeada por uma lesão cáriosa ou traumática que afeta a polpa e, secundariamente, afeta o periodonto; pela destruição periodontal que afeta secundariamente o canal radicular; ou pela presença concomitante de ambas as patologias. A revisão não identificou evidências de uma fisiopatologia distinta entre uma lesão endoperiodontal e uma lesão periodontal. No entanto, a comunicação entre o sistema polpa/canal radicular e o periodonto complica o manejo do dente envolvido. Os principais sinais associados a essa lesão são bolsas periodontais profundas que se estendem até o ápice radicular e/ou resposta negativa/alterada aos testes de vitalidade da polpa. Outros sinais/sintomas podem incluir evidência radiográfica de perda óssea na região apical ou de furca, dor espontânea ou dor na palpação/percussão, exsudato/supuração purulenta, mobilidade dentária, trato sinusal/fístula e alterações na cor

da coroa e/ou gengiva. Os sinais observados nas lesões endoperiodontais associados a fatores traumáticos e/ou iatrogênicos podem incluir perfuração radicular, fratura/cracking ou reabsorção radicular externa. Essas condições prejudicam drasticamente o prognóstico do dente envolvido (Papapanou *et al.*, 2019).

As lesões endodôntico-periodontais são definidas por uma comunicação patológica entre os tecidos pulpare e periodontais de um determinado dente, ocorrem de forma aguda ou crônica e devem ser classificadas de acordo com sinais e sintomas que têm impacto direto em seu prognóstico e tratamento (ou seja, presença ou ausência de fraturas e perfurações e presença ou ausência de periodontite).

**Quadro 6 - Classificação das lesões endoperiodontais.**

<b>Lesão endoperiodontal com lesão radicular</b>	Fratura ou fissuração da raiz	
	Perfuração do canal radicular ou da câmara pulpar	
	Reabsorção da raiz externa	
<b>Lesão endoperiodontal sem lesão radicular</b>	Lesão endoperiodontal em pacientes com periodontite	Grau 1 - bolsa periodontal profunda e estreita em 1 superfície do dente
		Grau 2 - bolsa periodontal profunda larga em 1 superfície do dente
		Grau 3 - bolsas periodontais profundas em > 1 superfície do dente
	Lesão endoperiodontal em pacientes sem periodontite	Grau 1 - bolsa periodontal profunda e estreita em 1 superfície do dente
		Grau 2 - bolsa periodontal profunda larga em 1 superfície do dente
		Grau 3 - bolsas periodontais profundas em > 1 superfície do dente

**Fonte: Adaptado de Papapanou *et al.* 2018.**

O abscesso periodontal é um acúmulo localizado de pus localizado dentro da parede gengival da bolsa periodontal/sulco, resultando em um colapso significativo do tecido. Os sinais/sintomas primários detectáveis associados a um abscesso periodontal podem envolver elevação ovóide na gengiva ao longo da parte lateral da raiz e sangramento na sondagem. Outros sinais/sintomas que também podem ser observados incluem dor, supuração na sondagem, bolsa periodontal profunda e aumento da mobilidade dentária. Um abscesso periodontal pode se desenvolver em uma bolsa periodontal pré-existente,

por exemplo, em pacientes com periodontite não tratada, sob terapia de suporte ou após escamação e aplainamento radicular ou terapia antimicrobiana sistêmica. Um abscesso periodontal que ocorra em um local previamente periodontalmente saudável é comumente associado a uma história de impacto ou hábitos prejudiciais (Papapanou *et al.*, 2019).

Os abscessos periodontais mais frequentemente ocorrem em bolsas periodontais pré-existentes e devem ser classificados de acordo com sua etiologia. Caracterizam-se pelo acúmulo localizado de pus dentro da parede gengival da bolsa periodontal/sulco, causam rápida destruição tecidual que pode comprometer o prognóstico dentário e estão associados ao risco de disseminação sistêmica.

**Quadro 7 - Classificação dos abscessos periodontais com base nos fatores etiológicos envolvidos.**

<b>Abcesso periodontal em pacientes com periodontite (em bolsa periodontal pré-existente)</b>	Exacerbação aguda	Periodontite não tratada		
		Não responde à periodontite terapêutica		
		Terapia periodontal de suporte		
	Após o tratamento	Pós-escalonamento	Antimicrobianos sistêmicos	
		Pós-operatório		
		Pós-medicação		Outros medicamentos: nifedipina
<b>Abcesso periodontal em pacientes sem periodontite (não é obrigatório ter uma bolsa periodontal pré-existente)</b>	Impactação	Fio dental, elástico ortodôntico, palito de dente, borraça ou cascas de pipoca		
	Hábitos prejudiciais	Mordedura e limpeza de arames ou pregos		
	Fatores ortodônticos	Forças ortodônticas ou uma mordida cruzada		
	Crescimento gengival excessivo			
	Alteração da superfície da raiz	Alterações anatômicas graves	Dente invaginado, dens evaginatus ou odontodisplasia	
		Alterações anatômicas menores	Rasgões cimentícios, pérolas de esmalte ou ranhuras de desenvolvimento	
		Condições iatrogênicas	Perfurações	
		Dano grave na raiz	Fissura ou fratura, síndrome do dente erodido	
		Reabsorção de raiz externa		

Fonte: Adaptado de Papapanou *et al.* 2018.

## Outras condições que afetam o periodonto

- Manifestações periodontais de doenças sistêmicas e condições de desenvolvimento e adquiridas

Uma variedade de doenças sistêmicas e condições podem afetar o curso da periodontite ou ter um impacto negativo no aparelho de fixação periodontal. As recessões gengivais são altamente prevalentes e frequentemente associadas com hipersensibilidade, desenvolvimento de cáries e lesões cervicais não cariosas na superfície da raiz exposta e estética prejudicada. As forças oclusais podem resultar em lesão nos dentes e do aparelho de fixação periodontal. Diversas condições de desenvolvimento ou adquiridas associadas a dentes ou próteses podem predispor a doenças do periodonto (Jepsen *et al.*, 2018).

As discussões desse grupo subdividiu as condições em quatro grupos: a) manifestações periodontais de doenças e condições sistêmicas ; b) condições mucogengivais em torno de elementos naturais ; c) traumatismos oclusais e traumáticos e d) próteses dentárias e fatores relacionados.

### a) Doenças sistêmicas e condições que afetam os tecidos de suporte periodontal

Doenças sistêmicas e condições que podem afetar os tecidos de suporte periodontal podem ser agrupadas em grandes categorias, por exemplo, distúrbios genéticos que afetam a resposta imune do hospedeiro ou afetam o tecido conjuntivo, distúrbios metabólicos e endócrinos, e condições inflamatórias.

Existem muitas doenças e condições que podem afetar os tecidos periodontais, seja por influenciar o curso da periodontite ou afetar os tecidos de suporte periodontal, independentemente da inflamação induzida por biofilme da placa bacteriana. Estes incluem principalmente doenças raras que afetam o curso da periodontite (por exemplo, Síndrome de Papillon Lefevre, deficiência de adesão de leucócitos e hipofosfatásia). Muitos deles têm um grande impacto, resultando na apresentação precoce de periodontite grave. Doenças e condições comuns que afetam o curso da periodontite (por exemplo, Diabetes Mellitus). A magnitude do efeito destas doenças e condições no decurso da periodontite varia, mas resulta num aumento da ocorrência e gravidade da periodontite. Doenças raras que afetam os tecidos de suporte periodontal independentemente da inflamação induzida por biofilme



de placa dentária (por exemplo, carcinoma de células escamosas, histiocitose de células de Langerhans). Este é um grupo mais heterogêneo de condições que resultam em colapso dos tecidos periodontais e algumas das quais podem imitar a apresentação clínica da periodontite.

Dada a atual epidemia global de diabetes e os desafios com a identificação oportuna e/ou objetivos glicêmicos em uma grande porcentagem dos indivíduos afetados, essa doença é de particular importância. Devido às diferenças na prevalência entre os diabetes tipo 1 e tipo 2, a maioria das evidências de seus efeitos adversos sobre os tecidos periodontais é de pacientes com diabetes tipo 2. O nível de hiperglicemia ao longo do tempo, independentemente do tipo de diabetes, é importante quando se trata da magnitude de seu efeito sobre o curso da periodontite. Não há características fenotípicas características exclusivas da periodontite em pacientes com diabetes mellitus. Nesta base, a periodontite associada à diabetes não é uma doença distinta. No entanto, a diabetes é um importante fator modificador da periodontite e deve ser incluída no diagnóstico clínico da periodontite como descritor. De acordo com a nova classificação da periodontite, o nível de controle glicêmico no diabetes influencia a graduação da periodontite.

A relação entre a obesidade e o estado metabólico, incluindo a hiperglicemia, é complexa e é difícil desvendar as suas contribuições relativas aos efeitos da periodontite. No entanto, meta-análises recentes mostram consistentemente uma associação positiva estatisticamente significativa entre obesidade e periodontite. No entanto, há relativamente poucos estudos com desenho longitudinal, e o efeito geral parece ser modesto.

Há evidências conflitantes quanto à associação entre osteoporose e periodontite. Uma revisão sistemática recente concluiu que mulheres pós-menopausa com osteoporose ou osteopenia apresentam uma perda modesta, mas estatisticamente significativa maior de inserção periodontal em comparação com mulheres com densidade mineral óssea normal. Uma meta-análise recente encontrou uma associação positiva estatisticamente significativa, mas fraca, entre artrite reumatóide e periodontite. Há algumas evidências de que a periodontite pode contribuir para a patogênese da artrite reumatóide e, portanto, estudos longitudinais são necessários para esclarecer essa associação.

O tabagismo é um comportamento prevalente com consequências graves para a saúde. Embora o tabagismo já tenha sido classificado como hábito, hoje é considerado uma dependência da nicotina e um distúrbio médico crônico recorrente (Classificação Internacional de Doenças, Décima Revisão [CID-10 F17]). Está bem estabelecido que o tabagismo tenha um grande efeito adverso sobre os tecidos de suporte periodontal, aumentando o risco de periodontite de 2 a 5 vezes. Não há características fenotípicas periodontais únicas da periodontite em fumantes. Nessa base, a periodontite associada ao tabagismo não é uma doença distinta. Entretanto, o tabagismo é um importante fator modificador da periodontite, devendo ser incluído no diagnóstico clínico da periodontite como descritor. De acordo com a nova classificação da periodontite o nível atual de uso de tabaco influencia a graduação da periodontite.

#### b) Condições mucogengivais em torno da dentição

Esse consenso se concentra em recessões faciais/linguais únicas e múltiplas que podem estar relacionadas a várias condições/doenças periodontais. São avaliados aspectos clínicos como condições mucogengivais e intervenções terapêuticas que estão associadas a recessões gengivais. Recessão é definida como uma mudança apical da margem gengival causada por diferentes condições/patologias. Esta associada à perda de vinculação clínica. Isto pode aplicar-se a todas as superfícies (bucal/lingual/interproximal). Para além do prejuízo estético causado pelo deslocamento apical da margem gengival, também destaca-se o impacto do ambiente oral na superfície radicular exposta. A prevalência de hipersensibilidade à dentina, cárie cervical e, principalmente, lesões cervicais não cariosas, é muito elevada e esta última está aumentando com a idade.

Entre a relação do desenvolvimento de recessão gengival associado ao fenótipo gengival, o fenótipo indica uma dimensão que pode mudar ao longo do tempo dependendo dos fatores ambientais e da intervenção clínica e pode ser específico do local (o fenótipo pode ser modificado, não o genótipo). O fenótipo periodontal é determinado pelo fenótipo gengival (espessura gengival, largura do tecido queratinizado) e pelo morfótipo ósseo (espessura da tábua óssea vestibular). O fenótipo fino aumenta o risco de recessão gengival. Fenótipos finos são mais propensos a desenvolver lesões recessivas crescentes. O fenótipo periodontal pode ser avaliado de forma padronizada e reproduzível usando uma

sonda periodontal para medir a espessura gengival (EG), observando a sonda periodontal brilhando através do tecido gengival após ser inserida no sulco: sonda visível: fina ( $\leq 1$  mm) e sonda não visível: espessa ( $> 1$  mm). Diferentes tipos de sondas são utilizados para avaliar o EG: CPU 15 UNC, HuFriedy, SE Probe SD12 Yellow, American Eagle Instruments. A visibilidade da sonda foi testada em amostras de indivíduos com pigmentação gengival desconhecida. Não se sabe se os mesmos resultados são esperados em populações com diferentes pigmentações gengivais. Informações adicionais sobre o volume gengival tridimensional podem ser obtidas através da medição da largura do tecido queratinizado (LTQ) a partir da margem gengival para a junção mucogengival. Os morfotipos ósseos têm sido medidos radiograficamente com tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC). O grupo não recomenda a aplicação da TCFC nesse contexto. Há evidências que relatam uma correlação entre a espessura gengival e a tábua óssea vestibular. Até o momento, o fenótipo periodontal não pode ser avaliado por completo, enquanto o fenótipo gengival (EG e LTQ) pode ser avaliado de forma padronizada e reproduzível.

Qualquer quantidade (espessura e largura) de gengiva é suficiente para manter a saúde periodontal quando a higiene bucal ideal é atingível. Sobre a escovação dental inadequada influenciar o desenvolvimento e a progressão das recessões gengivais, os dados apresentam-se inconclusivos. Alguns estudos relataram uma associação positiva, outros uma negativa e outros nenhuma associação. A colocação da margem cervical intra-sulculares restauradora ou protética pode estar associada ao desenvolvimento de recessão gengival, particularmente em um fenótipo periodontal fino.

O tratamento ortodôntico pode ter efeito no desenvolvimento da recessão gengival, vários estudos relatam a observação de recessões gengivais após o tratamento ortodôntico (principalmente sobre o efeito da vestibularização dos incisivos inferiores). A direção do movimento dentário e a espessura vestibulolingual da gengiva podem ter um papel importante na alteração dos tecidos moles durante o tratamento ortodôntico.

Definições de casos e considerações diagnósticas: dentro da variabilidade individual da anatomia e morfologia, a “condição mucogengival normal” pode ser definida como a “ausência de pathosis (isto é, recessão gengival, gengivite, periodontite)”. Haverá condições extremas sem pathosis óbvios em que o desvio do que é considerado “normal”

na cavidade oral está fora do alcance da variabilidade individual.

O grupo sugere a necessidade de uma nova classificação baseada na anatomia para recessão gengival, com referência à perda de inserção clínica interdental

- Recessão Tipo 1 (RT1): recessão gengival sem perda de inserção interproximal. A JCE interproximal não é clinicamente detectável tanto no aspecto mesial quanto no distal do dente.
- Recessão Tipo 2 (RT2): recessão gengival associada à perda da inserção interproximal. A quantidade de perda de inserção interproximal (medida desde a JCE interproximal até à profundidade do sulco/pocket interproximal) é inferior ou igual à perda de inserção vestibular (medida desde a JCE bucal até à extremidade apical do sulco/pocket vestibular).
- Recessão tipo 3 (RT3): recessão gengival associada à perda da inserção interproximal. A quantidade de perda de fixação interproximal (medida desde a JCE interproximal até à extremidade apical do sulco/pocket) é superior à perda de fixação bucal (medida desde a JCE bucal até à extremidade apical do sulco/pocket bucal).

#### c) Trauma oclusal e forças oclusais traumáticas

O grupo definiu força oclusal excessiva e renomeou-a força oclusal traumática. A força oclusal traumática é definida como qualquer força oclusal que resulte em lesão dos dentes e/ou do aparelho de fixação periodontal. Estas foram historicamente definidas como forças excessivas para denotar que as forças excedem a capacidade adaptativa do indivíduo ou local. Trauma oclusal é um termo usado para descrever a lesão do aparelho de fixação periodontal e é um termo histológico.

Não há evidências de que a força oclusal traumática ou trauma oclusal cause perda de inserção periodontal em humanos e também há evidências limitadas de estudos humanos e animais de que forças oclusais traumáticas podem causar inflamação no ligamento periodontal. Sobre a força oclusal traumática acelerar a progressão da periodontite há evidências de estudos observacionais de que forças oclusais traumáticas podem estar associadas à gravidade da periodontite. Evidências de modelos animais indicam que forças

oclusais traumáticas podem aumentar a perda óssea alveolar. Entretanto, não há evidências de que forças oclusais traumáticas possam acelerar a progressão da periodontite em humanos. Não há evidências confiáveis de que forças oclusais traumáticas causem lesões cervicais não cariosas. Há evidências de estudos observacionais de que as forças oclusais não causam recessão gengival.

A abfração, termo usado para definir um defeito em forma de cunha que ocorre na junção cimento-esmalte dos dentes afetados, tem sido alegadamente o resultado da flexão e fadiga do esmalte e da dentina. A existência de abfração não é suportada pelas evidências atuais. Sobre as forças ortodônticas estarem associadas a efeitos adversos sobre o periodonto, existem evidências de modelos animais que sugerem que certas forças ortodônticas podem afetar adversamente o periodonto e resultar em reabsorção radicular, distúrbios pulpares, recessão gengival e perda óssea alveolar. Por outro lado, há evidências de estudos observacionais que, com bom controle da placa bacteriana, dentes com periodonto reduzido, mas saudável, podem sofrer movimentos dentários bem-sucedidos sem comprometer o suporte periodontal.

Trauma primário oclusal tem sido definido como uma lesão que resulta em alterações teciduais de forças oclusais traumáticas aplicadas a um dente ou dentes com suporte periodontal normal. Isso se manifesta clinicamente com mobilidade adaptativa e não é progressivo. O trauma oclusal secundário foi definido como uma lesão que resulta em alterações teciduais de forças oclusais normais ou traumáticas aplicadas a um dente ou dentes com suporte reduzido. Dentes com mobilidade progressiva também podem exibir migração e dor na função. As terapias periodontais atuais são direcionadas principalmente para abordar a etiologia; nesse contexto, as forças oclusais traumáticas. Dentes com mobilidade progressiva podem exigir *splinting* para conforto do paciente. O grupo considerou o termo periodonto reduzido relacionado ao trauma oclusal secundário e concordou que houve problemas com a definição de “periodonto reduzido”. Um periodonto reduzido só é significativo quando a mobilidade é progressiva, indicando que as forças atuantes sobre o dente excedem a capacidade adaptativa da pessoa ou local.

Definições de casos e considerações diagnósticas:

- Força oclusal traumática é definida como qualquer força oclusal que resulte em lesão dos dentes e/ou do aparelho de fixação periodontal, definidas como forças excessivas para denotar que excedem a capacidade adaptativa da pessoa ou local. A presença de forças oclusais traumáticas pode ser indicada por uma ou mais das seguintes: frêmito, mobilidade dentária, sensibilidade térmica, desgaste oclusal excessivo, migração dentária, desconforto/dor ao mastigar, dentes fraturados, espaço ligamentar periodontal ampliado radiograficamente, reabsorção radicular e hiper cementose. O manejo clínico é indicado para prevenir e tratar esses sinais e sintomas.
- O trauma oclusal é uma lesão no ligamento periodontal, cemento e osso adjacente causada por forças oclusais traumáticas. É um termo histológico, porém, um diagnóstico clínico de trauma oclusal pode ser feito na presença de um ou mais dos seguintes: mobilidade dentária progressiva, mobilidade dentária adaptativa (frêmito), radiograficamente alargamento do espaço ligamentar periodontal, migração dentária, desconforto/dor ao mastigar e reabsorção radicular.

Como alguns dos sinais e sintomas de forças oclusais traumáticas e trauma oclusal também podem estar associados a outras condições, uma análise diferencial adequada deve ser realizada para descartar outros fatores etiológicos.

#### d) Próteses dentárias e fatores relacionados com os dentes

Diversas condições associadas a próteses e dentes podem predispor a doenças do periodonto e foram extensivamente revisadas em um trabalho de fundo. A medida em que essas condições contribuem para o processo da doença pode ser dependente da suscetibilidade do paciente individual.

Largura biológica é um termo clínico comumente usado para descrever as dimensões variáveis apico-coronárias dos tecidos fixados supracrestais. Os tecidos fixados supracrestais são histologicamente compostos pelo epitélio juncional e pela fixação do tecido conjuntivo supracrestal. O termo largura biológica deve ser substituído pela fixação do tecido supracrestal. As evidências disponíveis em estudos em humanos sustentam que a violação dentro da fixação do tecido conjuntivo supracrestal está associada à inflamação

e perda do tecido de suporte periodontal. Estudos em animais corroboram essa afirmação e fornecem evidências histológicas de que a infração dentro da inserção do tecido conjuntivo supracrestal está associada à inflamação e subsequente perda dos tecidos de suporte periodontal, acompanhada de um deslocamento apical do epitélio juncional e da inserção do tecido conjuntivo supracrestal. Dadas as evidências disponíveis, não é possível determinar se os efeitos negativos sobre o periodonto associados às margens de restauração localizadas dentro da fixação do tecido conjuntivo supracrestal são causados por biofilme de placa dentária, trauma, toxicidade dos materiais dentários, ou uma combinação desses fatores.

Há evidências que sugerem que as restaurações suportadas/retidas pelos dentes e seu *design*, fabricação, entrega e materiais podem estar associados à retenção da placa bacteriana e à perda da fixação clínica. As margens ideais da restauração localizadas dentro do sulco gengival não causam inflamação gengival se os pacientes estiverem em conformidade com o autocontrole da placa e manutenção periódica. Atualmente, há uma escassez de evidências para definir um perfil de emergência correto. As evidências disponíveis não suportam que próteses dentárias fixas ótimas estejam associadas à periodontite. Há evidências que sugerem que o desenho, fabricação, entrega e materiais utilizados para procedimentos com próteses dentárias fixas podem estar associados à retenção de placa, recessão gengival e perda de tecidos periodontais de suporte.

As evidências disponíveis não suportam que próteses dentárias removíveis ótimas estejam associadas à periodontite. Se o controle da placa bacteriana for estabelecido e os procedimentos de manutenção forem realizados. Entretanto, se os pacientes realizarem um controle inadequado da placa bacteriana e não comparecerem às consultas de manutenção periódicas, as próteses removíveis poderiam atuar como fatores retentivos do biofilme da placa bacteriana, estar associadas à gengivite/periodontite, aumento da mobilidade e recessão gengival. Os fatores anatômicos dos dentes (projeções de esmalte cervical, pérolas de esmalte, sulcos de desenvolvimento), proximidade da raiz, anormalidades e fraturas e relações dentárias na arcada dentária estão relacionados à inflamação gengival induzida por biofilme de placa dentária e perda de tecidos de suporte periodontal.

Os materiais odontológicos podem estar associados a reações de hipersensibilidade que podem aparecer clinicamente como inflamação localizada que não responde às



medidas adequadas de controle da placa bacteriana. Medidas diagnósticas adicionais serão necessárias para confirmar a hipersensibilidade. Relações dentoalveolares anormais associadas a erupções passivas alteradas são uma condição de desenvolvimento que é caracterizada pela margem gengival (e às vezes óssea) localizada em um nível mais coronal. Esta condição pode estar clinicamente associada à formação de pseudopockets e/ou preocupações estéticas (Jepsen *et al.*, 2018).

Definições de casos e considerações diagnósticas:

- Os tecidos acoplados supracrestal são compostos pelo epitélio juncional e pela fixação do tecido conjuntivo supracrestal. Isto foi formalmente referido como a largura biológica. A dimensão apicocoronal dos tecidos fixados supracrestais é variável. Clinicamente, há evidências de que a colocação de margens restaurativas dentro do tecido conjuntivo supracrestal está associada à inflamação e perda dos tecidos de suporte periodontal.
- Erupção passiva alterada é uma condição de desenvolvimento com relações dento-alveolares anormais. Clinicamente, esta condição é caracterizada pela margem gengival (e por vezes óssea) localizada a um nível mais coronal, o que leva a pseudopockets e preocupações estéticas. A correção desta condição pode ser realizada com cirurgia periodontal.

**Quadro 8 - Resumo da classificação da Classificação das Outras Condições que Afetam o Periodonto 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia.**

<b>CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS</b>			
Saúde periodontal, condições e doenças gengivais	Periodontite		Outras condições que afetam o periodonto
Manifestações periodontais de doenças e condições sistêmicas	Condições e deformidades mucogengivais	Forças oclusais traumáticas	Fatores relacionados ao dente e às próteses

**Fonte: Adaptado de Steffens *et al.* 2018.**

## **METODOLOGIA**

A revisão foi realizada nas bases de busca bibliográfica Scielo e no Journal of Clinical Periodontology. Na consulta às bases de dados foram utilizados os descritores: “doenças periodontais”, “classificação das doenças periodontais”, “classificação das condições periodontais”.

Foram encontradas 26 referências e, a partir da análise dos títulos e resumos, cinco estudos contemplaram o assunto de interesse e foram válidos para o trabalho. Foram incluídos publicações do tipo artigo e livro virtual, além dos artigos originais da publicação que foi lançada no Proceedings do Workshop Mundial para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares.

Foi usado como critério de exclusão os trabalhos do tipo tese e o trabalho sobre a Classificação Peri-implantar. De posse dos trabalhos selecionados, foi dado início ao desenvolvimento do trabalho com base nos destaques observados em cada artigo.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A classificação para as doenças periodontais de 1999 apresentava várias falhas e lacunas quando se referia aos diagnósticos das doenças. Apresentava certas desvantagens, como: a existência de sobreposições entre as diferentes categorias diagnósticas, a necessidade de dados sobre a progressão prévia da doença, a necessidade de informação detalhada sobre a qualidade do tratamento realizado anteriormente e a resposta tecidual do paciente a essa terapia. Esse estudo ignorava as características clínicas, por exemplo: pacientes afetados por doenças sistêmicas, pacientes que usam medicamentos, fumo, etc. Desconsiderando a avaliação sistêmica, que amplificam a severidade da perda de inserção clínica.

Outro aspecto discutível da classificação de 1999 diz respeito à Diabetes Mellitus, que foi incluída apenas dentro das “Doenças Gengivais” (doenças modificadas por fatores sistêmicos). Contudo, os casos de doença periodontal por diabetes apresentam também perda óssea extensa e exacerbada inflamação tecidual que ultrapassa os limites de uma simples condição de “doença gengival”. Pode-se questionar ainda a razão pela qual a classificação de 1999 desconsiderou a denominada pericoronarite, incluindo apenas a forma avançada ou agravada de pericoronarite, que é o abscesso pericoronário. É de interesse salientar também que fatores, como fumo e aspectos psicossomáticos, por exemplo, não foram incluídos na Classificação de 1999, como modificadores da resposta inflamatória. Outra doença importante, como a AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, também não foi incluída na classificação, provavelmente pela razão de não apresentar uma forma patognomônica de doença periodontal. Por fim, a classificação sempre deveria ter por base quatro dimensões: extensão da doença, severidade da doença, idade do paciente e características clínicas.

O novo sistema de classificação incluiu a definição de saúde periodontal (periodonto íntegro ou periodonto reduzido), o que na classificação de 1999 não possuía tal categoria. Apresenta a necessidade de discutir antes a saúde para depois estudar a doença. Na prática clínica a categoria auxilia o profissional a analisar sucesso/falhas no tratamento ou progressão/regressão da doença na vida ou em um período de tempo de um paciente.

Em relação à classificação das gengivites o estudo mostrou apenas sutis diferenças, continua ainda dividida em dois grandes grupos: gengivite induzida pelo biofilme, que anteriormente se subdividia em com ou sem fatores locais e atualmente se subdivide em associada somente ao biofilme dental (gengivite em periodonto íntegro/reduzido, gengivite em periodonto reduzido tratado periodontalmente); mediada por fatores de risco sistêmicos ou locais e associada a medicamento para aumento de tecido gengival; o outro grande grupo que são de doenças gengivais não induzidas pelo biofilme, excluindo a Diabetes Mellitus que era incluída nessa categoria, pois essa desordem sistêmica apresenta um grande impacto na perda dos tecidos periodontais não somente por influenciar a inflamação gengival.

Sobre a Periodontite, o novo esquema de classificação agrupa uma única categoria “Periodontite”, no qual as formas de doenças anteriormente conhecidas como “crônicas” e “agressivas” foram excluídas. Pois as evidências atuais não suportam a distinção entre ambas como duas doenças distintas, entretanto existe uma discordância na apresentação clínica com relação à extensão e gravidade e diferenças na exposição e/ou suscetibilidade. Variações na apresentação clínica por si não suportam o conceito de doenças diferentes. A Periodontite atualmente é classificada de acordo com seu estágio e seu grau. A classificação de estágios está relacionada com a severidade da doença, onde são definidos pela perda clínica de inserção, em sua ausência, utiliza-se perda óssea radiográfica. Caso haja “fatores de complexidade” (por exemplo, lesões de furca ou mobilidades avançadas), sobe-se o estágio ao pior cenário encontrado, em “fatores que modificam o estágio”. O grau reflete as evidências, ou o risco, de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica. Continua a permanência da classificação das doenças periodontais necrosantes, alterando a denominação e adicionando mais uma subdivisão, são elas: gengivite necrosante, periodontite necrosante e estomatite necrosante.

O novo sistema de classificação define também uma terceira categoria na qual se encontram outras condições que afetam o periodonto, tais como inúmeras condições sistêmicas, forças oclusais traumáticas, condições adquiridas ou congênitas, abscessos periodontais e lesões endoperiodontais que afetam o periodonto. Existem muitas doenças e condições que podem afetar os tecidos de suporte periodontal, independente da inflamação

induzida pelo biofilme da placa bacteriana. Por fim, foi proposto um novo sistema de classificação das retrações gengivais, o qual leva em consideração a perda de inserção interproximal, fenótipo gengival e características da superfície radicular exposta.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A nova Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares da Academia Americana de Periodontia de 2017 apresentou mais características clínicas que viabilizam a resolubilidade de alcançar diagnósticos mais precisos. Incluiu a definição de saúde periodontal.

Em relação à Periodontite, excluiu as formas de doenças anteriormente conhecidas como “crônicas” e “agressivas”, pois não considerava o grau de progressão da doença desde seu início e muito menos a idade do paciente. Atualmente classificada de acordo com seu estágio e seu grau.

Realocou no que diz respeito à Diabestes Melittus, que agora faz parte da categoria “Outras condições que afetam o periodonto”.

Realçou a interferência de fatores sistêmicos como modificadores da doença periodontal.

## REFERÊNCIAS

- Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. **Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: case definitions and diagnostic considerations.** J Clin Periodontol. 45:S171–S189. 2018.
- Armitage GC. **Development of a classification system for periodontal disease and conditions.** Ann Periodontol, Chicago, v. 4, n.1, p. 1-6. Dec. 1999.
- Caton GJ, Armitage G, Berglundh T, Cahplle 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.** Clinical Journal of Periodontology. 2018.
- Chambrone L, Lima APA. **Prevalência das doenças periodontais no Brasil: Parte II 1993-2003.** Revista Odonto. São Bernado do Campo, SP. n. 31: 69-76. 2008.
- Chapple ILC *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.** J Clin Periodontol. 2018.
- Dias LZS, Piol SAC, Almeida CSL. **Atual classificação das doenças periodontais.** Rev, Odontol. UFES, Vitória, v.8, n.2, p.59-65, maio/ago. 2006.
- Goiris, FA, Witek JE, Striechen TM. **Análise crítica da classificação das doenças periodontais após dez anos: essencialismo e nominalismo na nova taxonomia.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, v.9, n.4, p.307-309, out./dez., 2010.
- Gesser HC, Peresb MA, Marcenesc W. **Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos.** Rev Saúde Pública. 35(3):289-93. 2001.
- Holtfreter B, Albandar JM, Dietrich T, *et al.* **Standards for reporting chronic periodontitis prevalence and severity in epidemiologic studies: proposed standards from the Joint EU/USA Periodontal Epidemiology Working Group.** J Clin Periodontol. 42:407–412. 2015.
- Holzhausen M, França BN, Gasparoni LM, Rebeis ES, Saraiva L, Villar CC, Pannuti CM, Romito GA. **Sistema de classificação das doenças e condições periodontais** [Internet]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019.
- Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, *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.** J Clin Periodontol. 45:S219–S229. 2018.
- Laskaris G *et al.* **Manifestações periodontais das doenças locais e sistêmicas.** 1º edição. São Paulo: Editora Livraria Santos Ltda. 2005.
- Novak MJ *et al.* **Classification of disease and conditions affecting the periodontium.** Carranza's Clinical Periodontology. 9. ed. Califórnia: W. B.Saunders Company. p. 64-73. 2002.
- Oliveira AVG, Silvera VRS, Nogueira NAP, Moreira MMS. M. **Debridamento ultrassônico de boca toda no tratamento da periodontite crônica: uma revisão sistematizada.** Revista de Odontologia da UNESP. São Paulo, 42(1): 59-66. 2013.



Papapanou PN *et al.* **Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Perimplant Diseases and Conditions.** J Clin Periodontol. 2018.

Steffens JP, Marcantoni RAC. **Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Periimplantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave.** Revista de Odontologia da UNESP. 47(4): 189-197, Julho-Agosto. 2018.

---

## **Sobre as Autoras**

### **Ana Caroline Ribeiro de Souza**

Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário Uninovapi. Odontóloga na clínica Ribeiro Mourão em Teresina/PI.

### **Antonia Dyeylly Ramos Torres Rios**

Mestranda em Saúde da Mulher pela UFPI. Especialista em Auditoria em saúde pela Uninter. Especialista em Urgência e Emergência pela faculdade UniBF. Especialista em Saúde do Trabalhador pela faculdade UniBF. Graduada em Enfermagem pelo Centro Unificado de Teresina (CEUT). Enfermeira assistencial pela EBSEH no Hospital Universitário/ UFPI.

### **Maria Elidiane Lopes Ferreira**

Especialista em Enfermagem Obstétrica pela UFPI. Especialista em Urgência e Emergência pela faculdade UniBF. Especialista em Saúde Coletiva e Saúde da Família pela Universidade Cruzeiro do Sul UNICSUL. Graduada em Enfermagem pela Faculdade de Saúde Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí (NOVAFAPI). Enfermeira assistencial pela EBSEH no Hospital Universitário/ UFPI.

### **Sulema de Brito Moura**

Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI. Pós-graduada em Saúde Pública pela FLATED, Pós-graduada em Urgência e Emergência pela FLATED,

---

Pós-graduada em Docência do Ensino Superior pela FLATED, Pós-Graduada em Terapia Intensiva pela NOVAFAPI. Pós-Graduada em Enfermagem Obstétrica pela IESM. Preceptora e Enfermeira Assistencial da EBSEH no Hospital Universitário do Piauí-HU-UFPI.

## **Taiane Soares Vieira**

Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em UTI pela Unipós. Especialista em Auditoria em Enfermagem pela Faveni. Especialista em CC e CME pela Faveni. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí. Enfermeira do Hospital Universitário do Piauí/ EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares). Coordenadora do Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização do Hospital Geral e Maternidade do Buenos Aires (Teresina - PI).

## **Giselle Torres Feitosa**

Mestre em Ciência dos Materiais pela Universidade Federal do Piauí. Especialista em Endodontia pela UNINOVAFAPI. Especialista em Implantodontia pela Associação Brasileira de Odontologia - ABO. Especialista em Periodontia pela Associação Brasileira de Odontologia - ABO. Graduada em Odontologia pelo Centro Universitário UNINOVAFAPI. Professora do Centro Universitário Uninovafapi. Professora das Especializações em Endodontia Pós Doc e Grupo Focus de Teresina. Membro efetivo da comissão de Ética Odontológica do Conselho Regional de Odontologia PI.

# Índice Remissivo

## A

abscesso periodontal 20, 21  
ambiente biológico 13  
antimicrobiana 21

## B

bolsa periodontal 10, 20, 21

## C

cirurgião-dentista 7, 9  
comunicação patológica 10, 19, 20  
condições patológicas 7, 8

## D

desenvolvimento 10, 14, 21, 22, 24, 25, 29, 30, 31  
diagnóstico 8, 10, 12, 17, 18, 23, 24, 28  
diagnósticos 32, 35  
disseminação sistêmica 10, 21  
distúrbios genéticos 22  
distúrbios metabólicos 22  
doença 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 23, 24, 28, 32, 33, 35  
doença gengival 32  
doença periodontal 7, 8, 32, 35  
doenças 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, 18, 19, 22, 24, 28, 30, 31, 32, 33, 35, 36  
doenças periodontais 7, 8, 11, 19, 24, 31, 32, 33, 36

## E

etiologia 7, 8, 10, 15, 21, 27

## G

gengival 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 34  
gengivas 12  
gengivite 8, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 25, 29, 33

## H

hábitos prejudiciais 21  
hemorrágicas 12

## I

inflamatória multifatorial 14  
inserção clínica 15, 16, 17, 18, 26, 32

## **L**

lesão 12, 15, 19, 20, 22, 26, 27, 28

## **M**

multidimensional 14

## **N**

novo sistema 10, 32, 33, 34

## **O**

oclusal traumática 26, 28

## **P**

pacientes 10, 11, 17, 19, 20, 21, 23, 29, 32

periodontais 7, 8, 10, 11, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 36

periodontal 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36

periodontia 15

periodontite 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36

periodonto 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 35

prévia da doença 32

processo inflamatório 18, 19

prognóstico 8, 10, 18, 20, 21

próteses dentárias 22, 29

publicação 5, 9, 31

## **R**

recessão gengival 11, 15, 24, 25, 26, 27, 29

retrações gengivais 10, 34

## **S**

saúde oral 13, 18

saúde periodontal 10, 11, 25, 32, 35

saúde sistêmica 13, 17, 33

sintomas 10, 12, 18, 19, 20, 28

sistema 5

sistema de estágio 16

subgengival 13

## **T**

tabagismo 13, 24

---

terapia 21, 32  
tratamento ortodôntico 25  
traumatismos 22





**AYA EDITORA**  
**2024**