



## A atuação da Periodontia na infância e na adolescência

*Por Cecília Felipe Nery*

**NA ÚLTIMA EDIÇÃO DESTA SÉRIE DE MATÉRIAS SOBRE PERIODONTIA E ESPECIALIDADES, ABORDAMOS A PARCERIA DA PERIODONTIA COM A ORTODONTIA. FECHANDO O CICLO DE REPORTAGENS SOBRE O ASSUNTO, ESTA EDIÇÃO, ÚLTIMA DO ANO, FALA SOBRE A RELAÇÃO DA PERIODONTIA COM A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.**

As doenças periodontais se manifestam mais intensamente na idade adulta, mas crianças e adolescentes também podem ser acometidos pela moléstia. Desta forma, é fundamental que especialistas da área realizem exame periodontal rotineiro para detectar a doença logo no seu início, evitando que ela se desenvolva ainda mais. Conforme Álvaro José Cicareli, mestre e especialista em Periodontia e especialista em Implantodontia, é obrigação dos profissionais da área da saúde criar condições para que crianças e adolescentes cresçam com saúde e livres de doenças.

“Para nós, periodontistas, a maneira de atingir este objetivo é realizar uma anamnese bem detalhada, obtida na presença de um responsável pelo paciente. Além disso, é conveniente fazer um exame clínico minucioso para identificar possíveis anormalidades patológicas, tanto no periodonto de proteção quanto no de sustentação e, ainda, identificar fatores pré-disponíveis para a doença periodontal. Portanto, é com o binômio anamnese e exame clínico que podemos prevenir, diagnosticar, tratar e curar as doenças periodontais

quando presentes na infância e na adolescência”, informa Cicareli. “Quanto mais precoce ocorrer o diagnóstico, mais chance temos de evitar a progressão da doença periodontal, suas sequelas irreparáveis e mutiladoras no paciente adulto. O diagnóstico precoce das doenças periodontais em crianças e adolescentes é um passo importante em direção à saúde bucal e, se realizado com frequência, pode ser indicativo do bem-estar sistêmico do paciente”, completa.

Além da anamnese e do exame clínico, Cássio Volponi Carvalho, mestre e doutor em Periodontia pela Fosp e professor do curso de Especialização em Periodontia da FFO/USP, inclui ainda o exame radiográfico, como condutas imprescindíveis para o estabelecimento do diagnóstico. “Na infância e na adolescência, faixas etárias em que os casos de periodontites são menos frequentes, o exame periodontal muitas vezes é negligenciado por alguns profissionais que focam sua avaliação apenas na doença cárie. Entretanto, o exame periodontal, bem como o monitoramento da condição clínica periodontal ao longo das visitas de controles periódicos, são fundamentais”, aconselha.

Ele ressalta ainda que, na fase de adolescência, é comum o uso de aparelhos ortodônticos fixos, que dificultam a higiene dos pacientes, predispondo a gengivite. “A atenção durante a movimentação deve ser redobrada para que o profissional possa agir preventivamente ou intervir precocemente, quando necessário. Outra condição que torna necessário o exame clínico periodontal na infância e na adolescência é a ocorrência das periodontites agressivas que, apesar da baixa prevalência, podem afetar pacientes dessas faixas etárias, levando a grandes destruições de tecido de suporte num curto espaço de tempo. Desta forma, o diagnóstico precoce é fundamental para que o tratamento possa ser realizado no início da doença, favorecendo o prognóstico”, assegura.

Por outro lado, Wagner Leal Serra e Silva Filho, especialista, mestre e doutor em Periodontia pela FOP/Unicamp, professor da Disciplina de Periodontia da UFPI e membro do Conselho Científico da PerioNews, argumenta que a partir do momento que existe na cavidade bucal uma superfície dura e não descamativa, o dente, inicia-se o acúmulo e a organização do biofilme dental, fator etiopatológico primário das doenças periodontais. “Desta forma, é indispensável um acompanhamento profissional para orientar pais e filhos quanto à importância de uma boa higiene bucal e reconhecer as alterações periodontais em suas etapas mais precoces. No momento da consulta profissional é importante a identificação das falhas de higiene bucal e as condições locais que possam contribuir para o maior acúmulo de biofilme. O correto exame clínico e uma boa anamnese são verdadeiras chaves na prevenção e no tra-



Cássio Volponi Carvalho

tamento das alterações periodontais presentes, bem como as que venham a se estabelecer futuramente”, assinala.

De fato, “a anamnese representa um momento de crucial importância nos primeiros contatos com um paciente, qualquer que seja sua idade, já que a história médica pregressa conjuntamente ao exame intrabucal, formam a base do diagnóstico no qual se baseiam o plano de tratamento e a estratégia de manejo para cada indivíduo”, explica Maria Lúcia Rubo de Rezende, livre docente, professora associada da Disciplina de Periodontia, da Faculdade de Odontologia de Bauru/USP. Segundo ela, nas crianças e adolescentes, esse procedimento assume um papel importante na prevenção e na identificação precoce de quadros periodontais incipientes. As doenças periodontais carregam um componente genético expressivo, muitas vezes identificado durante uma anamnese bem conduzida. Certas formas raras de periodontite agressiva e periodontites associadas a síndromes ocorrem entre membro de uma mesma família. Dentre os aspectos-chave a serem investigados, a história médica pode identificar, por exemplo, crianças com lesões cardíacas que a coloquem em risco de sofrer endocardite bacteriana durante um procedimento de sondagem, raspagem ou exodontias. Pode ainda revelar certos fatores de risco sistêmico para a doença periodontal, como diabetes, desequilíbrios hormonais e discrasias sanguíneas”, especifica.

Maria Lúcia ressalta, também, que o exame periodontal, mesmo nos pacientes mais jovens, deve fazer parte da rotina clínica, podendo ser usados métodos simplificados que proporcionem rapidez no exame e, ao mesmo tempo, uma indicação confiável das necessidades de tratamento. Para tanto, a ADA (American Dental Association) e AAP (American Association of Periodontology) propuseram, em 1992, uma modificação do índice CPITN (Community Periodontal Index of Treatment Needs) para ser usada pelos clínicos no dia a dia, com o objetivo de identificar pacientes que possam se beneficiar de um exame mais detalhado ou requerer uma terapia periodontal mais complexa. “Este exame, que recebeu o nome de exame periodontal básico, leva menos tempo (cerca de um a



Álvaro José Cicareli

dois minutos) e é mais bem aceito por crianças e adolescentes. É realizado nos dentes 16, 11, 26, 36, 31 e 46 (notação da Federação Odontológica Internacional), usando a sonda da OMS (ponta esférica de 0,5 mm e marcações aos 3,5 mm para sulco normal e 5,5 mm para bolsa). Os escores para esse exame são: 0= gengival saudável (não há necessidade de tratamento); 1= sangramento à sondagem (necessidade de instruções para ao controle de placa); 2= presença de cálculo ou fator de retenção de placa (necessidade de instruções para o controle de placa, raspagem e remoção dos fatores de retenção); 3= bolsa rasa de 4 mm ou 5 mm (necessidade dos mesmos tratamentos anteriores, só que por mais tempo); e 4= bolsas mais profundas do que 6 mm (necessidade de um exame periodontal completo e, se necessário, encaminhamento para um especialista). Apenas os escores 0, 1 e 2 são considerados até os 11 anos de idade por causa da probabilidade da ocorrência de pseudobolsas associadas com dentes em irrupção. É prudente, entretanto, repetir o índice a cada 4-6 meses para que qualquer novo problema seja detectado precocemente e adequadamente tratado”, orienta Maria Lúcia.

Com relação às tomadas radiográficas, em razão do efeito cumulativo da radiação ao longo da vida, a professora lembra a importância de avaliar se estas podem mudar o planejamento ou o prognóstico. “As tomadas interproximais constituem-se no método de escolha para o exame periodontal por proporcionar um meio simples de acesso às cristas ósseas”, pondera.

### DOENÇAS PERIODONTAIS

Os exames iniciais constituem-se, assim, num primeiro e importante passo para a prevenção das doenças periodontais já na infância e na adolescência. “Entretanto, algumas doenças merecem atenção, pois algumas delas, de origem viral, podem ocorrer, tais como a gengivoestomatite herpética, cujas manifestações mais graves costumam ocorrer antes da adolescência”, declara Carvalho.

Segundo ele, ainda, a doença periodontal mais frequente durante a infância e a adolescência é a gengivite in-

duzida pela placa bacteriana, cuja etiologia está relacionada à higiene bucal deficiente. “A ocorrência de gengivite pode ser facilitada na presença de fatores predisponentes, tais como aparelhos ortodônticos ou a respiração bucal, que normalmente está relacionada a pacientes que apresentam uma má-oclusão Classe 2 de Angle, Divisão 1, e é considerada por alguns autores como um fator de exacerbação. Contudo, a doença periodontal que pode se manifestar na infância e na adolescência e que pode trazer consequências mais graves quanto à perda de suporte periodontal, merecendo atenção redobrada, é a periodontite agressiva”, esclarece Carvalho.

Cicareli é da mesma opinião e lembra que uma revisão na literatura afirma que a criança não é imune às doenças gengival e periodontal. “Desta breve afirmação, é evidente que durante as últimas décadas houve aumento no interesse das manifestações e da progressão das doenças gengival e periodontal em indivíduos jovens. A ocorrência precoce, o trajeto aparentemente rápido destas doenças e suas características clínicas dão impressões falsas de uma entidade homogênea da doença em crianças e adultos jovens afetados. Porém, estas doenças têm revelado uma série de processos de doenças com etiologias diferentes, graus de severidade distintos e trajetos e resultados clínicos contrastantes. Creio que as periodontite agressivas, tanto na sua forma localizada quanto na generalizada devem merecer atenção e cuidados intensos e especiais por se tratar de uma forma de periodontite extremamente destruidora e com progressão rápida. Esta apresenta-se, em pacientes jovens, com a formação de bolsa, com perda de inserção e com perda interproximal profunda de osso alveolar. As radiografias revelam um padrão de destruição óssea bastante agressivo e normalmente bilateral. Clinicamente, há um pequeno acúmulo de biofilme não compatível com a agressão ao periodonto e com pouca mudança referente à inflamação gengival. Posso citar também a periodontite ulcerativa necrosante (PUN), a periodontite associada a doenças sistêmicas e alterações genéticas que podem levar a perda prematura da dentição decídua e permanente, como doenças que merecem cuidados especiais”, frisa.

Conforme Wagner Leal, todas as alterações teciduais merecem atenção. “Estudos epidemiológicos indicam que 80%-90% das crianças têm doença periodontal inflamatória crônica (DPIC) na idade de 15 anos. Entretanto, não é comum que crianças exibam formas avançadas da doença, tendo como a principal manifestação clínica uma gengivite marginal. Esta forma inicial e branda da doença não tem consequências imediatas, uma vez que é indolor, não leva a perda dos tecidos de sustentação e, muito menos, ocasiona a perda da função dos dentes. Apesar de ser uma forma inicial das alterações periodontais, a gengivite marginal, quando não trata-



Maria Lúcia Rubo de Rezende

da, pode resultar em formas mais destrutivas da doença, anos mais tarde”, relata.

De acordo com ele, outras manifestações clínicas são os quadros de periodontite agressiva, chamados e subdivididos, até 1999, de periodontite de acometimento precoce, juvenil e prepuberal. Destaque deve ser dado às características clínicas da chamada periodontite prepuberal, normalmente sinalizada por severa inflamação e proliferação gengival, rápida destruição dos tecidos moles e duros, mobilidade e perda dental prematura. Pode afetar toda a dentição primária e, de forma menos frequente, a dentição permanente. Mais raramente, podem ser encontrados casos de doença crônica granulomatosa, associada, principalmente, à imunodeficiência, como relatado por Buduneli et al (2001). Existem diversas evidências de casos clínicos de doenças periodontais associadas aos defeitos congênitos severos, como os de origem hematológica e/ou imunológica. Na literatura, existem alguns relatos de casos da chamada periodontite de acometimento precoce, associada à síndrome de Papillon-Lefèvre, síndrome de Chediaki-Higashi, hipofosfatase, neutropenia e, especialmente, defeitos na adesão dos neutrófilos (Hart et al, 1994; Novak, Novak, 1996; Kinane, 1999). São observados, também, alguns relatos de quadros clínicos de aumento de volume gengival (hiperplasia gengival), podendo estar associados somente à presença de biofilme, a alterações sistêmicas (p.ex: crianças com leucemia linfoblástica aguda), influenciada pelo uso de medicação (p.ex.: uso da fenitoína) e casos extremamente raros de fibromatose gengival idiopática ou hereditária. Portanto, percebemos que existe um leque de doenças, mais ou menos graves e comuns, que podem acometer indivíduos na infância e na adolescência. Novamente, devemos destacar a fundamental importância do acompanhamento profissional para ao diagnóstico e tratamento precoce dessas alterações, seja ela qual for”, ressalta Wagner Leal.

Maria Lúcia concorda que as doenças periodontais devam ser alvo de atenção do clínico por algumas delas serem rapidamente destrutivas e afirma que essas estão agrupadas de uma forma ampla em: gengivite induzida pela placa dento-

bacteriana, periodontites de acometimento precoce, gengivites e/ou periodontites necrosantes e periodontites associadas a doenças sistêmicas.

“A gengivite sem associação à perda óssea ou de inserção clínica detectável é o tipo mais comum em crianças e adolescentes, sendo que sua exacerbação por fatores sistêmicos associados ao sistema endócrino é muito prevalente. Na gengivite da puberdade, a flutuação hormonal durante o início da puberdade pode modificar a resposta inflamatória à placa dental, exacerbando-a. O mesmo ocorre quando há alterações nos níveis de insulina em pacientes com diabetes. Em ambos os casos a condição gengival responde bem à remoção de depósitos bacterianos e à higiene bucal diária eficiente. As periodontites de acometimento precoce foram subdivididas por Kinane (2001) em periodontite prepuberal (localizada ou generalizada), periodontite agressiva (localizada e generalizada e perda de inserção incidental (estágio inicial das periodontites de início precoce)”, esclarece Maria Lúcia.

A periodontite prepuberal, como já foi assinalada, é uma categoria extremamente rara de periodontite de acometimento precoce. “Seu início usualmente ocorre durante ou logo após a erupção dos dentes decíduos como uma inflamação aguda dos tecidos gengivais e destruição rápida do periodonto que frequentemente leva à esfoliação prematura dos dentes. Tem agregação familiar e incidência mais alta no sexo feminino. A forma localizada afeta somente alguns dos dentes decíduos, geralmente os molares. Normalmente, há pouco ou moderado acúmulo de placa e inflamação gengival discreta, com sangramento à sondagem e sem associação com outras alterações sistêmicas. Na forma generalizada, a progressão é mais rápida e pode envolver também os dentes permanentes. As recessões gengivais pronunciadas são características desse tipo de periodontite”, acentua a professora.

Com relação as periodontites de acometimento precoce, Maria Lúcia afirma que as periodontites agressivas (anteriormente chamadas de periodontite juvenil localizada e generalizada) são as mais comuns, embora raras, e afetam indivíduos sem evidência clínica de nenhuma outra alteração sistêmica. “Seu aparecimento é geralmente circumpuberal e, nos indivíduos acometidos, ocorre rápida perda de inserção e de osso de suporte. Além da predisposição genética para seu aparecimento, com evidente agregação familiar, são detectadas anormalidades na função de neutrófilos e hiper-responsividade macrofágica. Nas formas localizadas, há perda de inserção interproximal em pelo menos dois primeiros molares e incisivos permanentes e em não mais que dois outros dentes. Na forma generalizada, a perda óssea interproximal, além de afetar os primeiros molares e incisivos, afeta também pelo

menos mais três outros dentes. Alguns autores sugerem que a perda óssea em dentes decíduos passa a ser um sinal precoce da periodontite agressiva, o que reforça a importância de um adequado exame periodontal em crianças”, aponta.

As doenças periodontais necrosantes na América do Sul, segundo a professora, ocorrem com frequência de 2% a 5% da população geral e com maior prevalência em indivíduos abaixo dos 18 anos de idade. “Caracterizam-se clinicamente pela presença de inflamação gengival, com sangramento espontâneo, necrose das papilas proximais, formação de pseudomembrana branco-acinzentada constituída de tecido necrosado e placa bacteriana, dor intensa e halitose característica. Seu aparecimento é rápido e repentino em crianças expositivas a infecções virais (principalmente HIV), má nutrição, estresse emocional, falta de sono e várias doenças sistêmicas. As gengivites/periodontites necrosantes abrigam altos níveis de espiroquetas que são vistas invadindo os tecidos. Felizmente, é prontamente responsiva à terapia inicial, envolvendo debridamento mecânico manual ou ultrassônico, instruções de higiene e uso de enxaguatórios oxidantes. Quando há febre associada, a antibioticoterapia com metronidazol e penicilina é recomendada, mas pode haver recorrência se os fatores de risco não forem eliminados. Várias alterações sistêmicas podem levar ao comprometimento periodontal em crianças e adolescentes, sendo as mais importantes as associadas a síndromes como Papillon-Lefèvre, síndrome de Down, neutropenia congênita severa, síndrome da deficiência da adesão de leucócitos, síndrome de Chediak-Higashi e Ehler-Danlos!, especifica Maria Lúcia.

### RECESSÃO GENGIVAL

Nos tratamentos ortodônticos, a atenção deve ser redobrada para evitar o surgimento de doenças periodontais. Isto porque a posição dental influencia significativamente a largura da gengiva inserida. Além disso, os aparelhos ortodônticos podem comprometer a higiene bucal, e a inflamação induzida por biofilme combinada com forças ortodônticas excessivas que podem resultar em perda de inserção e recessão dos tecidos marginais. “Os cirurgiões-dentistas devem estar atentos da possibilidade de defeitos mucogengivais, tanto antes quanto após o tratamento ortodôntico, e todos os casos devem ser avaliados sob o ponto de vista da Periodontia antes e após o tratamento. Portanto, é essencial identificar os pacientes que possuem problemas gengivais e periodontais ou que são de risco a desenvolvê-los para estabelecer uma estratégia compreensiva do tratamento. Em alguns casos, isto requer trabalho em equipe envolvendo ortodontista, odontopediatra e periodontista para monitorar todos os aspectos da saúde bucal no curso do tratamento ortodôntico”, explica Cicareli.



Wagner Leal Serra e Silva Filho

Segundo Maria Lúcia, a preocupação com o aparecimento de recessão gengival durante o tratamento ortodôntico é constante entre ortodontistas que frequentemente enviam crianças e adolescentes para que o periodontista realize procedimentos cirúrgicos de aumento da faixa de gengiva inserida, predominantemente, enxertos livres removidos do palato.

“Por outro lado, a preocupação em expor crianças muito pequenas a procedimento tão agressivo e de pós-operatório tão dolorido, tem levado a situações conflitantes entre profissionais das duas especialidades, além de afligir pais e responsáveis pelos pequenos pacientes. A necessidade de uma faixa mínima de gengiva antes do início do tratamento ortodôntico é um assunto controverso na literatura periodontal e ortodôntica. Diversos estudos têm demonstrado que, por ser a recessão gengival uma alteração de etiologia multifatorial, a movimentação ortodôntica não aumenta e, muitas vezes, até melhora uma recessão preexistente, estando esse resultado na dependência da direção da movimentação e da qualidade ou fenótipo do tecido gengival envolvido. De fato, quando a mecânica ortodôntica prevê movimentação para vestibular de um dente já com deficiência de tecido ceratinizado inserido, a probabilidade de que ocorra recessão gengival ou seu agravamento é alta. Entretanto, uma informação que pode ser a chave para a solução desse conflito é que durante o crescimento e desenvolvimento normal da criança, a deficiência mucogengival poder ser eliminada espontaneamente desde que mantidos níveis adequados de higiene bucal. Assim, quando possível, a terapia ortodôntica pode ser retardada até que a criança complete sua fase de crescimento ativo e as dimensões gengivais alcancem sua dimensão máxima, o que se processa com a irrupção dental”, atesta Maria Lúcia.

Outro aspecto lembrado pela professora e que frequentemente é negligenciado, “é a possibilidade de haver a presença de um freio labial que esteja impedindo o controle efetivo de placa ou tracionando a margem gengival. Nestes casos, a execução de uma frenectomia, que é uma técnica cirúrgica muito mais branda do que o enxerto gengival livre,

pode aumentar a faixa da gengiva inserida. Quando esgotar essas possibilidades e ainda assim for imperativo que o tratamento ortodôntico se processe no paciente pediátrico, os sítios com 1 mm ou menos de gengiva inserida podem receber o enxerto gengival livre 60 dias antes da movimentação dental. Entretanto, se for decidido pela realização do enxerto durante o tratamento ortodôntico, é necessário que a mecânica seja interrompida durante o período de cicatrização. No entanto, conforme já salientado, há dados na literatura apontando para a ausência de efeito benéfico do enxerto em relação a áreas não enxertadas em pacientes submetidos a tratamento ortodôntico, sendo provável que a capacidade de manter a higiene bucal e a ausência de inflamação gengival durante a ortodontia seja mais importante do que a quantidade de gengiva inserida presente”, revela Maria Lúcia.

Já Carvalho lembra que dependendo da movimentação ortodôntica, ao vestibularizar um dente cuja tábua óssea vestibular seja delgada, é possível que ocorra uma deiscência óssea. Tal condição anatômica deve ser encarada como um fator que pode predispor à recessão, mas não vai desencadeá-la. “A recessão pode ocorrer quando estiver presente a inflamação. Infelizmente, muitas vezes esta sequela do tratamento ortodôntico só se manifesta após vários anos. Logo, a melhor forma de preveni-la durante o tratamento ortodôntico é, além de um bom planejamento da movimentação por parte do ortodontista, uma adequada higiene bucal por parte do paciente e controles periódicos em intervalos de tempo adequados para cada caso, no intuito de manter o paciente com condição clínica de saúde periodontal”, garante.

Para Wagner Leal, em primeiro lugar, é necessário realizar um adequado exame clínico e radiográfico para traçar o biótipo periodontal do paciente. “O estudo das estruturas do periodonto de sustentação, das condições e características do tecido gengival, como posição, espessura e faixa de tecido queratinizado, é condição *sine qua non* para o correto planejamento dos casos com necessidade de tratamento ortodôntico. Cuidados devem ser tomados com os perfis periodontais finos e festonados, os quais apresentam, além de uma reduzida faixa de tecido queratinizado, alta frequência de deiscências e fenestrações ósseas, acarretando no aparecimento das retrações gengivais, em movimentações ortodônticas inadvertidas ou mal planejadas. Outro ponto, não menos importante, é a eliminação de todas as áreas de inflamação”, indica.

### PREVENÇÃO

Todo cuidado é pouco quando se trata da saúde geral e bucal. Assim, conforme Carvalho, do ponto de vista periodontal, as medidas preventivas iniciam-se na infância com a

orientação aos pais sobre a higiene bucal, desde a erupção dos primeiros dentes decíduos. “O profissional também deve realizar radiografias interproximais nos controles, não só para detectar cáries, mas também para visualizar a crista óssea. O monitoramento e a motivação quanto à higiene bucal devem ser realizados ao longo da vida do paciente. Além disso, os controles periódicos são fundamentais e os intervalos entre as visitas dependerão da qualidade da higiene do jovem, da saúde periodontal e do índice de cárie presentes. Estes intervalos não devem exceder seis meses e, em alguns casos, tais como pacientes que apresentem dificuldade de higienização em função de, por exemplo, uso de aparelho ortodôntico, esse intervalo pode ser reduzido”, destaca.

Para Wagner Leal, as principais medidas de prevenção devem estar situadas no monitoramento quanto à adequada higiene bucal, reforçando as técnicas de escovação e uso de fio dental; bem como traçar o perfil médico do paciente, identificando qualquer alteração sistêmica significativa. “Não se deve esquecer, também, a importância da identificação do(s) fator(es) etiológico(s), se existirem, o correto planejamento clínico do tratamento (quando necessário) e a implementação da terapia periodontal de suporte (TPS=manutenção da condição de saúde)”, recomenda.

As medidas de prevenção, conforme Maria Lúcia, se baseiam também, e fundamentalmente, no monitoramento profissional e no adequado uso dos métodos de higiene bucal caseira. “O monitoramento profissional envolve a avaliação das condições periodontais por meio da aplicação inicial de um índice escolhido que é comparado depois de um intervalo de tempo definido, para identificar eventuais alterações. O registro dos valores proporcionados pelo índice e sua comparação ao longo do tempo servem como um método de motivação muito interessante para pacientes de todas as idades. O reforço positivo quando qualquer dos parâmetros periodontais melhora (índices de placa ou gengival, por exemplo), é altamente motivante. A coloração da placa, ensino de técnicas de higiene bucal e de meios auxiliares de limpeza interproximal devem compor o arsenal de recursos para conseguir a adesão dos pacientes ao esquema de prevenção. Os bochechos não são indicados para crianças muito pequenas por sua limitada habilidade em cuspir, mas deve-se incentivar o uso de dentífricos contendo triclosan 0,3%, com 2,0% de copolímero e 0,243% de fluoreto de sódio, que possuem efeito clínico pequeno, mas significativo na redução da perda de inserção em adolescentes”, indica.

De acordo com Cicareli, medidas preventivas, como os cuidados de higiene bucal ideal, motivação com orientação do paciente e visitas periódicas ao consultório odontológico

são os mecanismos que o paciente dispõe como prevenção para a doença periodontal. “Uma vez que a etiologia da doença periodontal é multifatorial e pode ter seu *start* por defeitos nos níveis ou função dos leucócitos polimorfonucleares, nas várias doenças sistêmicas que comprometem a resposta de defesa do hospedeiro, nas alterações hormonais, e na susceptibilidade genética, associados à presença de biofilme dentários, então podemos concluir que a doença periodontal não é para quem pode. Não basta o paciente ter apenas acúmulo de biofilme para desenvolver a doença periodontal, mas ele é necessário para o desenvolvimento da mesma. Então, reiterando, o uso da escova e do fio dentário e o auxílio de um agente químico mais a motivação e orientação é que darão condições preventivas para o não surgimento da doença periodontal, e estas são as armas que nosso paciente possui para combatê-la”, garante.

### ATENÇÃO AOS PACIENTES

Se todos os cuidados não tiverem sido tomados e o cirurgião-dentista tenha um paciente que perdeu suporte ósseo pela doença periodontal na infância ou na adolescência, esses deverão, segundo Cicareli, fazer parte do programa de tratamento de suporte ou manutenção periodontal, com o objetivo de serem monitorados periodicamente. “Esses pacientes são altamente suscetíveis à recorrência da doença, sendo que os dois fatores mais importantes que contribuem para esta suscetibilidade são a predisposição genética do paciente e a tendência da microbiota patogênica original se recuperar após o tratamento. O tratamento de manutenção pode ser efetivo, mesmo nas formas mais difíceis de serem tratadas da periodontite. A prevenção a longo prazo da recorrência da periodontite é um esforço intensamente trabalhoso, que testa os limites de diagnóstico e tratamento do periodontista. A chave para o sucesso do tratamento periodontal é um programa de manutenção bem elaborado e executado”, propõe.

Carvalho acredita que casos de periodontite agressiva merecem atenção especial, pois costumam levar a grandes perdas clínicas de inserção num curto espaço de tempo e, apesar de não ser uma regra, é mais frequente em pacientes jovens. “Apesar desta progressão atípica, os trabalhos longitudinais, como o de Buchmann et al (2002); Kamma, Baehni (2003), que avaliaram o controle desses pacientes mostraram que uma vez tratados e acompanhados com intervalos de controles curtos, foi viável a manutenção da saúde periodontal em 95% dos sítios. Cerca de 5% dos sítios apresentaram, ao longo de cinco anos, algum grau de perda de inserção periodontal adicional. Logo, estes pacientes devem estar cientes da importância da adequada higiene bucal acompanhada de

controles periódicos em intervalos curtos e radiografias sempre que o profissional as julgar necessárias”, explica.

Os principais cuidados, para Wagner Leal, são os relacionados ao combate à recidiva da doença e ao avanço da perda do tecido ósseo de sustentação. “Deve-se lançar mão de todas as medidas de manutenção e equilíbrio do processo saúde-doença, fazendo controles profissionais periódicos, predeterminados de acordo com o diagnóstico e a gravidade da doença em cada paciente”, afirma.

Conforme Maria Lúcia, tendo-se em mente que os efeitos da doença periodontal são cumulativos ao longo da vida, a prevenção de novos episódios de doença é o foco de atenção para esses pacientes. “Nestes casos, a terapia de suporte profissional encontra seus principais objetivos: 1. Prevenir a recorrência e progressão da doença em pacientes que foram tratados de doença periodontal; 2. Prevenir ou reduzir a incidência de perda dental; e 3. Aumentar a probabilidade de identificar e tratar outras doenças”, enumera.

A professora ressalta também que o retorno aos níveis iniciais dos patógenos periodontais pode levar de 9-11 semanas; por isso, os intervalos de controle não devem exceder três meses até que haja evidência de estabilidade periodontal. “De forma geral, consideram-se os intervalos de quatro a seis meses como apropriados para a maioria dos pacientes jovens, cujo tratamento foi bem-sucedido, podendo ser aumentados ou diminuídos de acordo com os fatores de risco, motivação e consentimento ou adesão do paciente ao programa de manutenção estabelecido. Pacientes que apresentem história instável de progressão da doença e aqueles que apresentaram as formas de início precoce necessitam maior vigilância e devem ser chamados mais frequentemente”, adverte Maria Lúcia.

De forma geral, a professora ressalta que existe uma concepção um tanto desatualizada e errônea entre os cirurgiões-dentistas de que crianças não são acometidas por doença periodontal destrutiva. “Como vimos, o quadro real é bem diferente. Vários estudos têm enfatizado a prevalência surpreendentemente alta de cálculo subgingival em indivíduos jovens, sua natureza crônica e a relação com subsequente perda de inserção. Existe um estudo de Albandar et al (1995), com 227 crianças brasileiras de até 13 anos que participaram de programas de treinamento em higiene bucal sem que uma profilaxia profissional fosse realizada. As crianças foram monitoradas por três anos e foi observado que o controle caseiro da placa supragengival não impediu a progressão da periodontite, ressalta a necessidade de intervenção profissional nesses indivíduos, estabelecendo que a prevenção secundária da periodontite precoce é mais apropriada do que a prevenção primária nessa faixa etária”, conclui Maria Lúcia. ■