

Nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares

Mônica Dourado Silva Barbosa¹, Urbino da Rocha Tunes²

¹Curso de Odontologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7880-7283. monicadourado@bahiana.edu.br

²Curso de Odontologia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-3238-3256. tunes@bahiana.edu.br

A Academia Americana de Periodontologia e a Federação Européia de Periodontologia reuniram estudiosos de todo o mundo em um workshop mundial para discutir, criticar e propor uma nova classificação para as doenças e condições periodontais e peri-implantares. O evento, realizado em novembro de 2017, resultou na publicação de 19 revisões e 4 consensos abordando temas relevantes da Periodontia e da Implantodontia¹. Estabeleceram definições de caso que objetivam nortear o clínico no correto diagnóstico. A classificação aplicada até então datava de 1999, havendo uma demanda crescente pela sua revisão, diante de publicações científicas recentes, da necessidade de critérios diagnósticos claros e com uma abordagem mais ampla do paciente, assim como da emergente importância de se incorporar uma análise mais detalhada de mucosa gengival e de se propor uma classificação também para as doenças e condições peri-implantares.

Diante dos diferentes métodos de avaliação de gengivite, tais como a análise do volume do fluido crevicular e o índice gengival, estabeleceu-se que o sangramento gengival, por ser um sinal de fácil acesso e de resultados objetivos, seria a forma de eleição para a avaliação da

inflamação gengival. Definiu-se o sangramento à sondagem (SS) como o método padrão, pois sua utilização é amplamente difundida nas escolas de Periodontia, é usado em grande número de estudos relevantes e é comumente aplicado, uma vez que a análise da profundidade de sondagem (PS) e do aparato de inserção periodontal já fazem parte do exame periodontal de rotina. O SS obtido ao se inserir a ponta de uma sonda periodontal delicada até o fundo de sulco/bolsa, imprimindo uma força de cerca de 25 gramas, em seis sítios por dente, envolvendo todos os dentes presentes na boca, estabelece se o paciente é portador de gengivite ou não². Quando o SS encontrado é de pelo menos 10% define-se como um caso de gengivite, sendo considerada localizada quando o percentual de sítios se encontra entre 10 e 30%, ou generalizada quando o índice é superior a 30%. Esta classificação se aplica não apenas às situações em que o paciente apresenta periodonto de suporte íntegro, como também àquelas em que o periodonto encontra-se reduzido, seja por motivos periodontais (periodontite tratada e caso estável) ou não periodontais.

A definição de periodontite depende diretamente da detecção de perda de inserção clínica

(PIC). Quanto maior a perda de inserção, mais segura é a sua determinação, de forma que a designação de um valor de referência de PIC alto para definição de doença aumenta a especificidade do método, mas também eleva o risco de não se detectar a doença em seus estágios iniciais, o que representa uma diminuição da sensibilidade do método diagnóstico. Diante destas considerações, o workshop mundial de 2017 estabeleceu os seguintes critérios para definição de um caso de periodontite: 1) presença de PIC interproximal em pelo menos 2 sítios não adjacentes ou 2) presença de PIC em face vestibular ou lingual de pelo menos 3mm, associada a PS superior a 3mm em pelo menos 2 sítios³. A habilidade do operador em detectar a PIC interproximal, identificando adequadamente a junção cimento esmalte do sítio, é de fundamental importância para o correto diagnóstico. Como não se designou um valor mínimo para a PIC interproximal, o que torna o método de maior sensibilidade, estabeleceu-se o mínimo de 2 sítios não adjacentes para se diminuir o risco de falsos positivos, ou seja, de se definir um caso de gengivite como sendo periodontite.

Também se estabeleceu que a literatura atual não fundamenta mecanismos patofisiológicos que distingam periodontite crônica de periodontite agressiva e, conseqüentemente, estas duas definições não estão mais presentes na nova classificação³. Por outro lado, verificou-se que existem inúmeras evidências que apontam que múltiplos fatores interferem no fenótipo de cada indivíduo definindo, assim, características como a progressão da doença e a resposta ao tratamento. Portanto, foram estabelecidas três formas de periodontite: a periodontite necrosante, a periodontite como manifestação de doença sistêmica e a periodontite propriamente dita. O diagnóstico é feito a partir da observação de sinais e sintomas clínicos característicos das doenças necrosantes e da análise da história de doença sistêmica primária que claramente compromete o sistema imunológico. Quando estes quadros não são encontrados, a doença é definida como periodontite, correspondendo à grande maioria dos casos.

Uma importante mudança estabelecida pela nova classificação é o estagiamento e gradação da periodontite, ou seja, ela passou a ser categorizada em estágios e graus. O estagiamento se baseia em

dimensões padronizadas de severidade e extensão da destruição periodontal, considerando características importantes que auxiliam na abordagem individual do paciente. Foram propostos 4 estágios, onde o estágio I engloba a periodontite em sua fase inicial com perda de inserção entre 1 e 2mm; o estágio II em que a periodontite é considerada moderada e com perda de inserção entre 3 e 4mm; e o estágio III em que a periodontite já é severa, com perda de inserção de pelo menos 5mm e envolve o risco de perda dentária, sem que, contudo, a função mastigatória seja prejudicada. Já no estágio IV a periodontite severa encerra o risco de perda de pelo menos 5 dentes, prejudicando a mastigação e solicitando procedimentos reabilitadores mais complexos. Indivíduos que apresentam a periodontite em extensão/severidade diferentes podem apresentar ritmos de progressão e/ou fatores de risco diferentes, com conseqüentes complexidades de abordagem terapêutica distintas, de forma que a informação do estágio da doença deve ser suplementada pela gradação biológica do caso. A gradação adiciona uma nova dimensão de análise que permite que a taxa de progressão seja avaliada, usando informações que possibilitam supor que a progressão da doença, em um determinado caso, será superior ao que se observa na maioria dos pacientes. Os graus A, B e C referem-se a taxas de progressão gradativamente mais rápidas, considerando-se fatores como evidência de perda dentária nos últimos anos, percentual de perda óssea em relação à faixa etária, fenótipo periodontal, associação com fatores de risco como o fumo, impacto da inflamação nos níveis sistêmicos de proteína C reativa e, ainda, a possibilidade de uso de biomarcadores que possam vir a ser associados com aumento de risco de progressão de doença⁴.

O consenso do workshop mundial de 2017 sobre a nova classificação também propõe que o termo biotipo gengival seja substituído por fenótipo gengival, sendo esse levado em consideração em conjunto com a presença de lesões cervicais e o nível de inserção clínica interdental (NICI) na avaliação e planejamento do tratamento das recessões gengivais. O NICI é a base para a classificação das recessões gengivais de Cairo⁵, em que a recessão tipo 1 (RT1) é aquela em que não há PIC interdental. A recessão tipo 2 (RT2) apresenta PIC interdental (mensurada pela sondagem da JCE ao fundo da bolsa), mas

esta medida é igual ou menor que a PIC encontrada na região vestibular (também mensurada pela distância entre a JCE e o fundo da bolsa nesse sítio). Já a recessão tipo 3 (RT3) é associada a uma PIC interdental que é superior à vestibular. Comparando-se essa classificação com a amplamente usada classificação de Miller, ela apresenta a mensuração da destruição interdental mais clara e objetiva. Além disso estabelece que na RT1 (equivalente às classes I e II de Miller) a previsibilidade de recobrimento é de 100%. Na RT2 (sobrepõe a classe III de Miller) a previsibilidade de recobrimento é de 100% até o NICI. Já na RT3 (similar à classe IV de Miller) o recobrimento total não é possível.

Em relação aos tecidos peri-implantares, estabeleceram-se as definições de saúde e doença. Clinicamente, o quadro de saúde peri-implantar é caracterizado pela ausência de sinais de inflamação e de sangramento à sondagem mas, uma vez que pode ocorrer em situações em que o suporte ósseo é normal ou reduzido, não é possível estabelecer uma PS padrão. Já nos casos de mucosite observam-se os sinais clínicos de inflamação, sangramento à sondagem e até supuração, sendo a reversibilidade do quadro dependente do controle de placa bacteriana. Nos casos de peri-implantite a infecção pela placa bacteriana apresenta os sinais de inflamação vistos na mucosite somados à perda progressiva do tecido ósseo de suporte¹. Por sua vez, as deficiências de tecidos mole e duros associadas a implantes são achados clínicos comuns que têm potencial para complicar ou comprometer a sobrevivência dos implantes, com prejuízos funcionais e/ou estéticos. Quando mais de um fator contribui para a deficiência, a sua severidade tende a aumentar. Entender a etiologia destas deficiências é fundamental para desenvolver estratégias terapêuticas que evitem ou corrijam o comprometimento do tratamento.

A nova classificação representa uma verdadeira atualização do esquema para definição de diagnóstico e consequente tomada de decisão para a abordagem terapêutica das doenças e condições periodontais, servindo como referência para o profissional, dentro de conceitos mais definidos, baseados em evidências científicas recentes e compatíveis com a demanda atual da clínica periodontal. A incorporação da classificação das doenças e

condições peri-implantares resulta dessa demanda. Certamente existem falhas inerentes às limitações técnicas e científicas que possivelmente serão suplantadas no futuro, levando assim à contínua necessidade de atualização da presente classificação proposta.

Referências

1. Caton JG, Armitage G, Berglundh G, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45:45(supl 20):S1-S8. doi:[10.1111/jcpe.12935](https://doi.org/10.1111/jcpe.12935)
2. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89(supl 1):S74-S84. doi: [10.1002/JPER.17-0719](https://doi.org/10.1002/JPER.17-0719)
3. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH et al. Periodontitis : Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89(supl 1):S173-S182. doi: [10.1002/JPER.17-0721](https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721)
4. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018; 89(supl 1):S159-S172). doi: [10.1002/JPER.18-0006](https://doi.org/10.1002/JPER.18-0006)
5. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(supl 1): S204-S213. doi: [10.1002/JPER.16-0671](https://doi.org/10.1002/JPER.16-0671)