



Manejo interdisciplinar de pacientes com **sequelas funcionais e perdas dentárias** decorrentes de

PERIODONTITE ESTÁGIO IV



2025



Autores

Isabella Neme Ribeiro dos Reis, Oswaldo Villa-Campos,
Newton Sesma, Luciana Saraiva,
Marinella Holzhausen, Cláudio Mendes Pannuti,
Giuseppe Alexandre Romito, Cristina Cunha Villar

Disciplina de **Periodontia** do Departamento de Estomatologia da
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)

Ficha Catalográfica

Catálogo da Publicação

R375m Reis, Isabella Neme Ribeiro dos

Manejo interdisciplinar de pacientes com sequelas funcionais e perdas dentárias decorrentes de Periodontite Estágio IV / Isabella Neme Ribeiro dos Reis... [et al]. – São Paulo: FOUSP, 2025.

E-book.

ISBN: 978-65-5787-056-3

1. Periodontite – diagnóstico - tratamento. 2. Recomendações clínicas. 3. Fenótipos. I. Reis, Isabella Neme Ribeiro dos. II. Villa-Campos, Oswaldo. III. Sesma, Newton. IV. Saraiva, Luciana. V. Holzhausen, Marinella. VI. Pannuti, Cláudio Mendes. VII. Romito, Giuseppe Alexandre. VIII. Villar, Cristina Cunha. IX. Título.

CDD 617.63

Fábio Jastwebski – CRB8/5280



SUMÁRIO

01

A importância do diagnóstico e tratamento integral de pacientes com Periodontite Estágio IV

02

Os quatro fenótipos da Periodontite Estágio IV: características clínicas e demandas terapêuticas

03

Recomendações clínicas gerais para o manejo de pacientes com Periodontite Estágio IV

04

Recomendações clínicas para hiper mobilidade dentária causada por trauma oclusal secundário (fenótipo 1)

05

Recomendações clínicas para migração dentária patológica (fenótipo 2)

06

Recomendações clínicas: estratégia geral para o manejo de pacientes parcialmente edêntulos que necessitam de reabilitação parcial (fenótipo 3) ou reabilitação de arco completo (fenótipo 4)

07

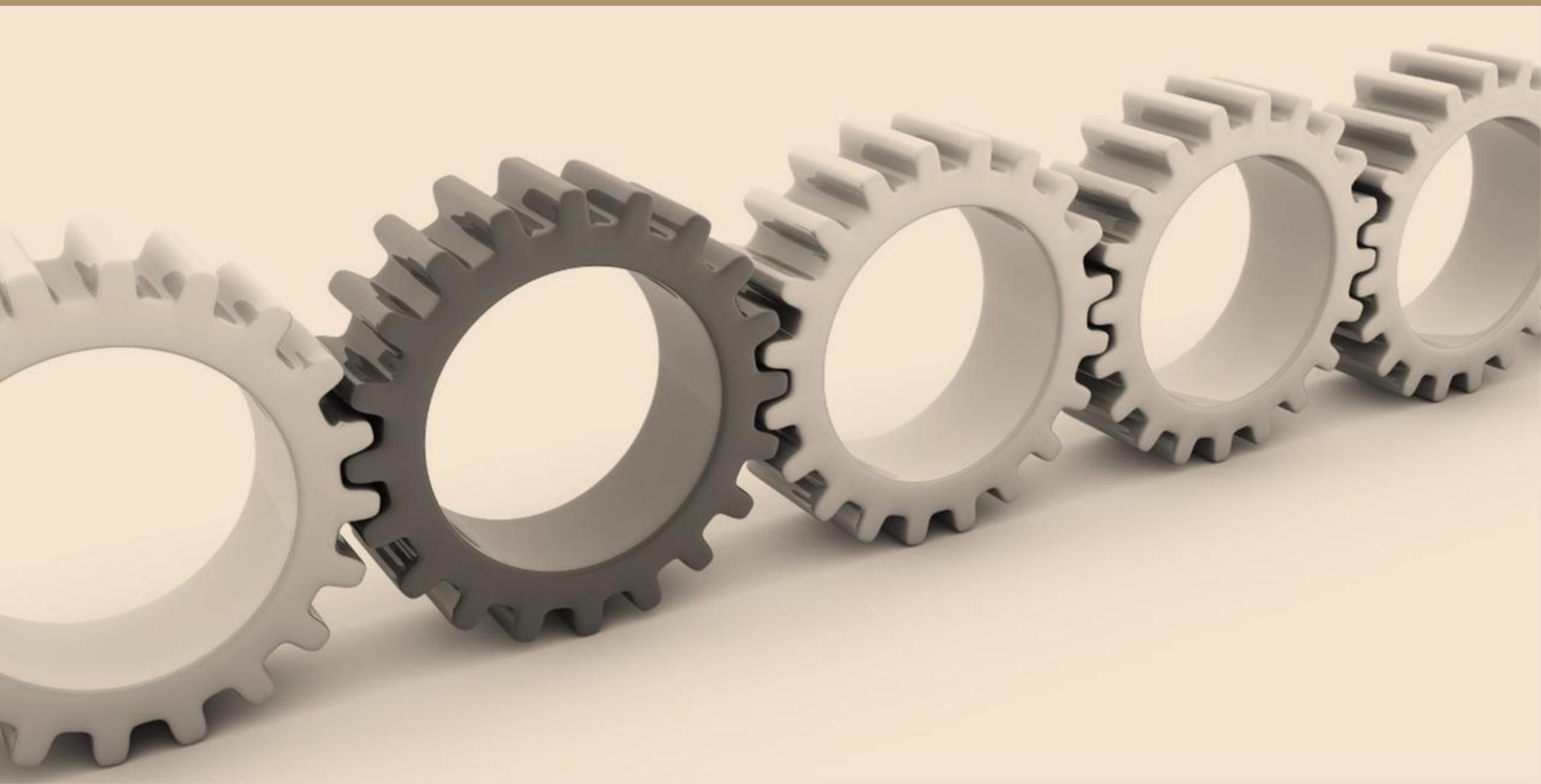
Recomendações clínicas: parcialmente edêntulos com a necessidade de reabilitação parcial (fenótipo 3)

08

Recomendações clínicas: parcialmente edêntulos com a necessidade de reabilitação de arco completo (fenótipo 4)

Capítulo 1:

A importância do diagnóstico e tratamento integral de pacientes com Periodontite Estágio IV



Capítulo 1: A importância do diagnóstico e tratamento integral de pacientes com periodontite estágio IV

1.1 Periodontite: Definição, estágios e graus

A periodontite é caracterizada pela destruição progressiva dos tecidos de suporte dos dentes (periodonto), com características principais sendo a perda de inserção clínica e perda óssea alveolar (Papapanou et al., 2018).

A doença é iniciada pelo acúmulo de biofilme supragengival, que se torna progressivamente disbiótico (Meyle & Chapple, 2015) e desencadeia um processo inflamatório desregulado no indivíduo susceptível, o que, por sua vez, intensifica a disbiose e leva à destruição dos tecidos periodontais (Hajishengallis & Chavakis, 2021).

A periodontite é classificada em estágios e graus: o estágio reflete a severidade, extensão e distribuição da doença, bem como a complexidade prevista para seu manejo (Tabela 1); o grau reflete dimensões biológicas adicionais da doença, incluindo a taxa de progressão observada e/ou prevista, os resultados esperados do tratamento e o risco de que a doença ou seu tratamento prejudiquem a saúde geral do paciente (Papapanou et al., 2018).



Exame periodontal para a **classificação da periodontite**
– **Estágios e graus**

Tabela 1. Estágios da periodontite (Adaptado de Papapanou et al., 2018)

Estágio da periodontite		Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Severidade	Nível clínico de inserção interproximal	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥ 5 mm	≥ 5 mm
	Perda óssea radiográfica	Terço coronário (<15%)	Terço coronário (15% a 33%)	Estendendo-se ao terço médio da raiz e além	Estendendo-se ao terço médio da raiz e além
	Perda dentária	Sem perda dentária devido à periodontite	Perda dentária devido à periodontite de ≤ 4 dentes	Perda dentária devido à periodontite de ≤ 4 dentes	Perda dentária devido à periodontite de ≥ 5 dentes
Complexidade	Local	Profundidade máxima de sondagem ≤ 4 mm e perda óssea principalmente horizontal.	Profundidade de sondagem máxima ≤ 5 mm, perda óssea principalmente horizontal.	Profundidade de sondagem ≥ 6 mm; Perda óssea vertical ≥ 3 mm; Envolvimento de furca Classe II ou III; Defeito moderado de crista.	Além da complexidade do estágio III: Necessidade de reabilitação complexa devido a: Disfunção mastigatória; Trauma oclusal secundário (mobilidade dentária grau ≥2); Defeito grave de crista; Colapso da mordida, deslocamento, espaçamento; Menos de 20 dentes remanescentes (10 pares oclusais).
Extensão e distribuição	Descrição que complementa o estágio	Para cada estágio, descreva a extensão como localizada (<30% dos dentes envolvidos), generalizada ou padrão molar/incisivo.			

O **estágio inicial** deve ser determinado usando a perda de inserção clínica, se não disponível, deve-se usar a perda óssea radiográfica. Informações sobre perda dentária que possa ser atribuída principalmente à periodontite – se disponíveis – podem modificar a definição do estágio. Isso ocorre mesmo na ausência de fatores de complexidade (Papapanou et al., 2018).

Fatores de complexidade podem deslocar o estágio para um nível mais alto, por exemplo, furca Classe II ou III pode levar o estágio para III, independentemente da inserção clínica. A distinção entre estágio III e estágio IV é baseada principalmente em fatores de complexidade (Papapanou et al., 2018).

Para **pacientes pós-tratamento**, a perda de inserção clínica e a perda óssea radiográfica ainda são os principais determinantes de estágio. Se um fator de complexidade que desloca o estágio for eliminado pelo tratamento, o estágio não deve retroceder para um estágio inferior, pois o fator de complexidade original deve sempre ser considerado na gestão da fase de manutenção (Papapanou et al., 2018).

Perda de inserção clínica e perda óssea radiográfica

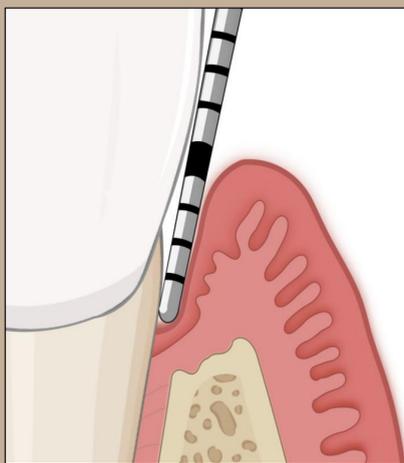


Estágios da Periodontite: Periodontite estágio I

Severidade:

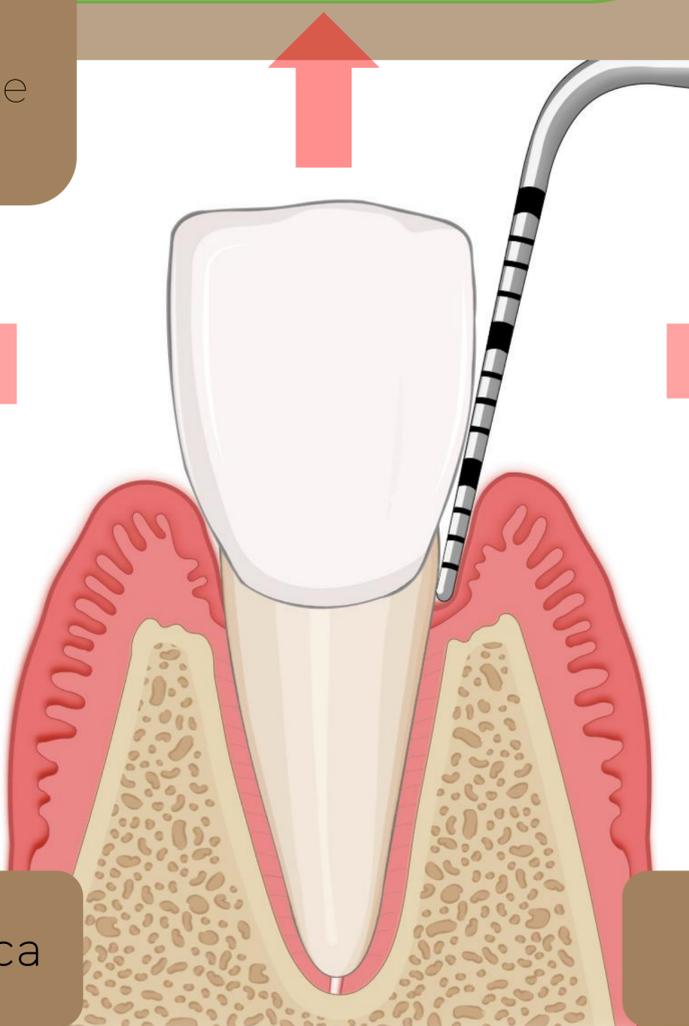
1) Nível clínico de inserção interproximal

1 a 2 mm



Complexidade:

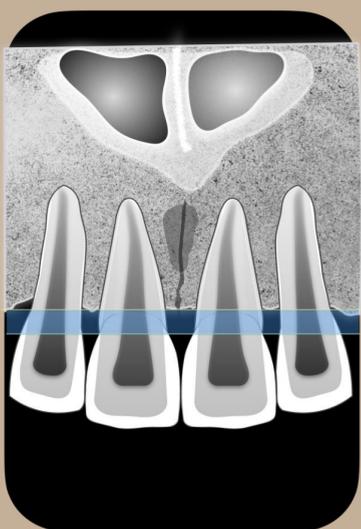
Profundidade de sondagem máxima ≤ 4 mm e perda óssea principalmente horizontal.



Severidade:

2) Perda óssea radiográfica

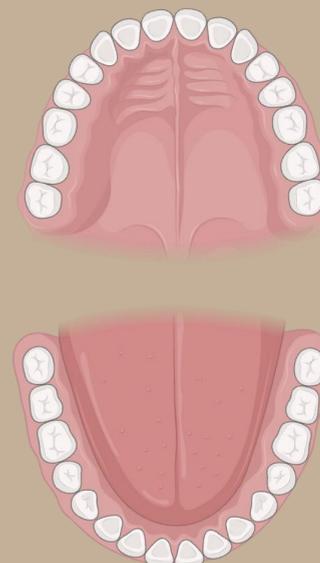
Terço coronário (<15%)



Severidade:

3) Perda dentária

Sem perda dentária devido à periodontite

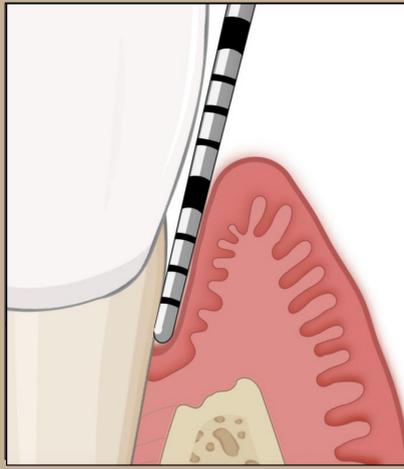


Estágios da Periodontite: Periodontite estágio II

Severidade:

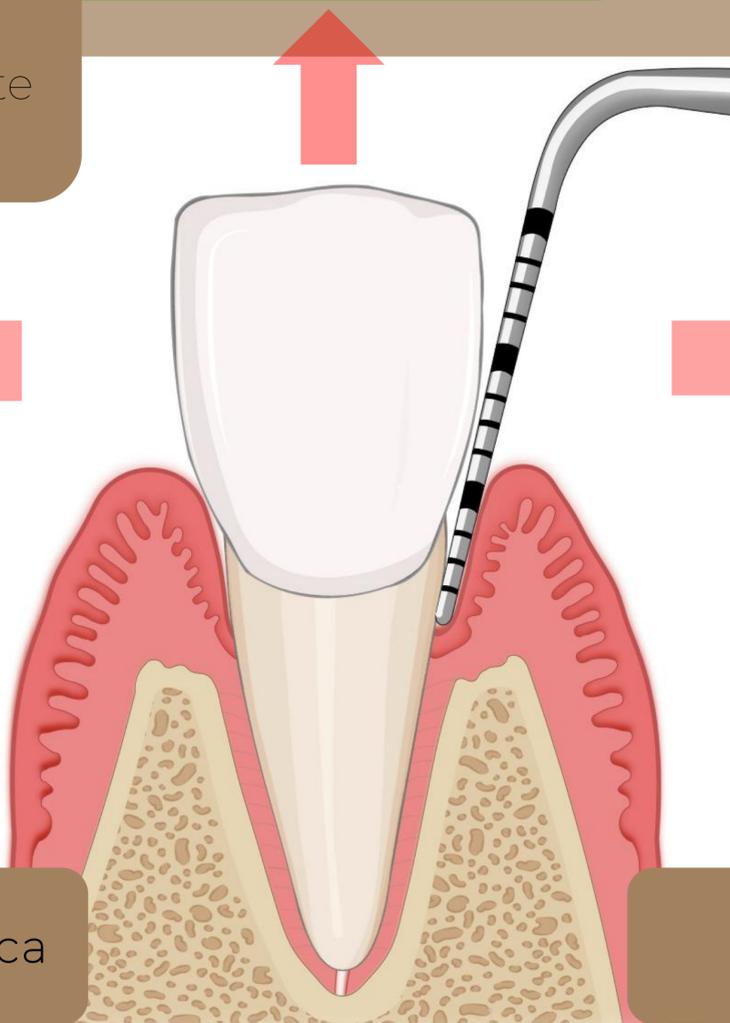
1) Nível clínico de inserção interproximal

3 a 4 mm



Complexidade:

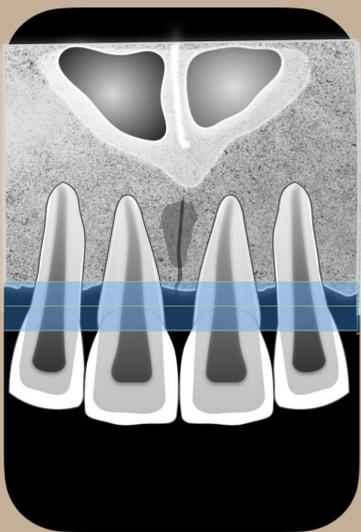
Profundidade de sondagem máxima ≤ 5 mm e perda óssea principalmente horizontal.



Severidade:

2) Perda óssea radiográfica

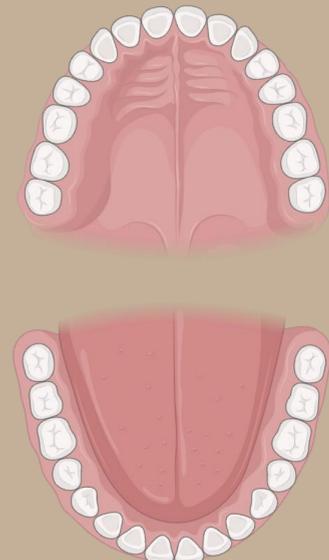
Terço coronário (<15%)



Severidade:

3) Perda dentária

Sem perda dentária devido à periodontite

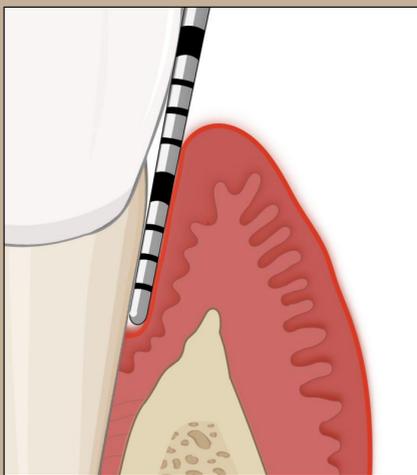


Estágios da Periodontite: Periodontite estágio III

Severidade:

1) Nível clínico de inserção interproximal

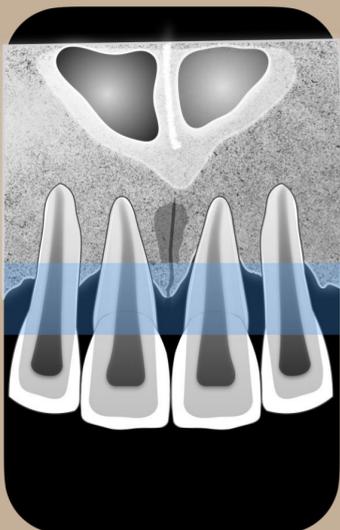
≥ 5 mm



Severidade:

2) Perda óssea radiográfica

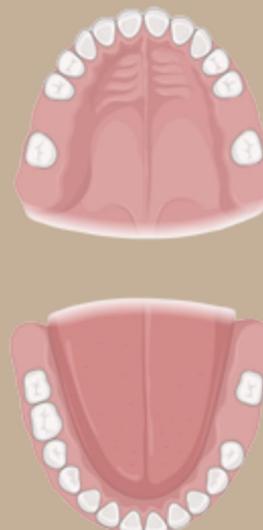
Estendendo-se ao terço médio da raiz e além



Severidade:

3) Perda dentária

Perda dentária devido à periodontite de ≤ 4 dentes



Estágios da Periodontite: Periodontite estágio III

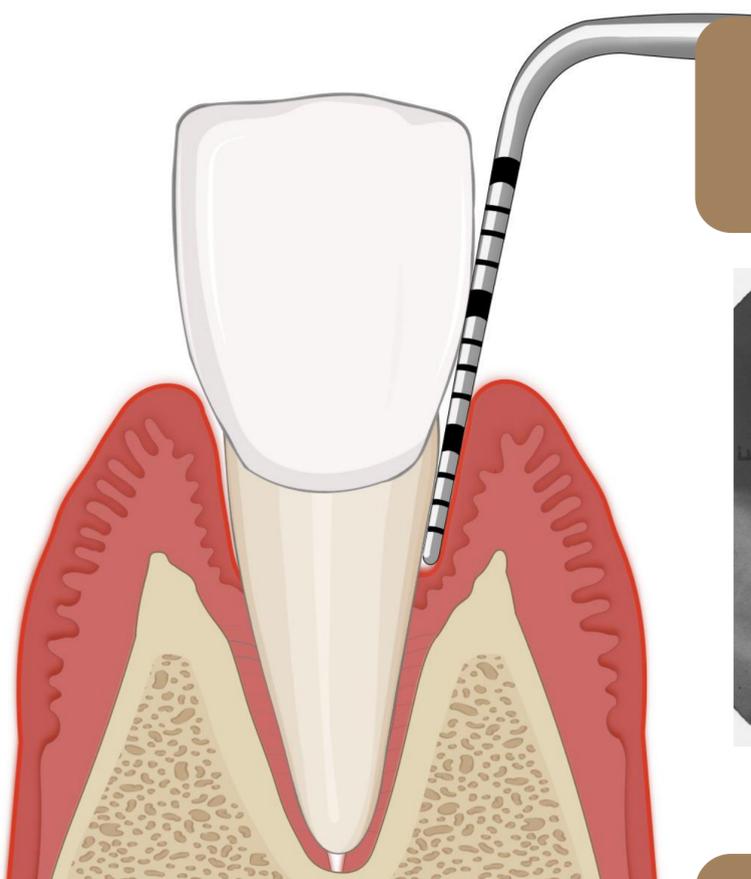
Complexidade:

1) Profundidade de sondagem ≥ 6 mm, defeito moderado de crista.



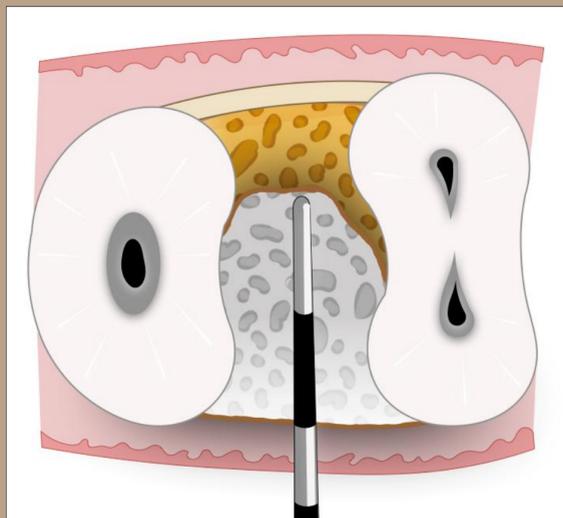
Complexidade:

2) Perda óssea vertical ≥ 3 mm

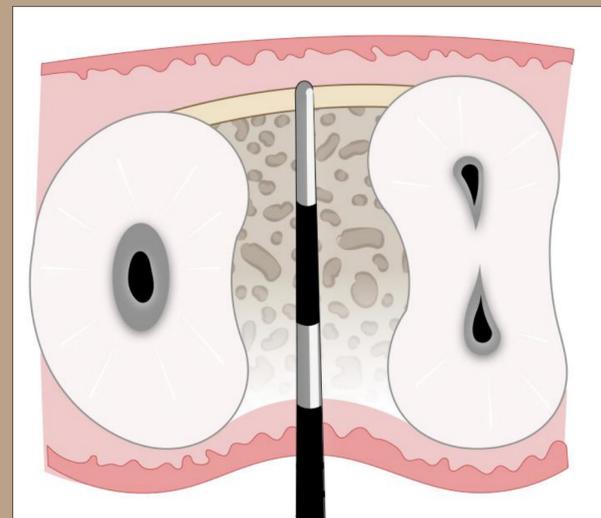


Complexidade:

3) Envolvimento de furca
Classe II ou III



Classe II



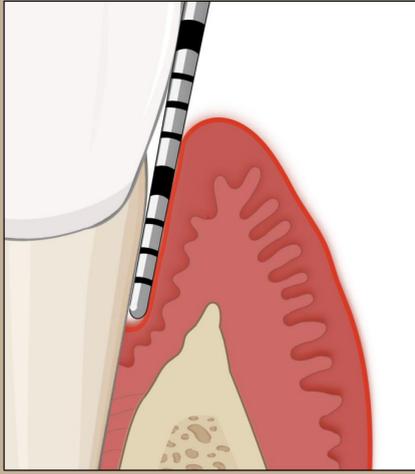
Classe III

**Estágios da
Periodontite:
Periodontite
estágio IV**

Severidade:

1) Nível clínico de inserção
interproximal

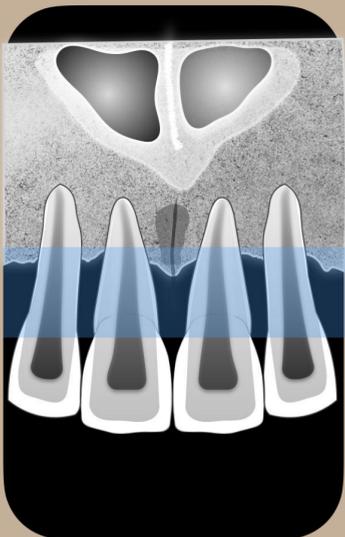
≥ 5 mm



Severidade:

2) Perda óssea radiográfica

Estendendo-se ao terço
médio da raiz e além



Severidade:

3) Perda dentária

Perda dentária devido à
periodontite de ≤ 4 dentes



Estágios da Periodontite: Periodontite estágio IV

Além dos fatores de complexidade observados na Periodontite Estágio III, observa-se:

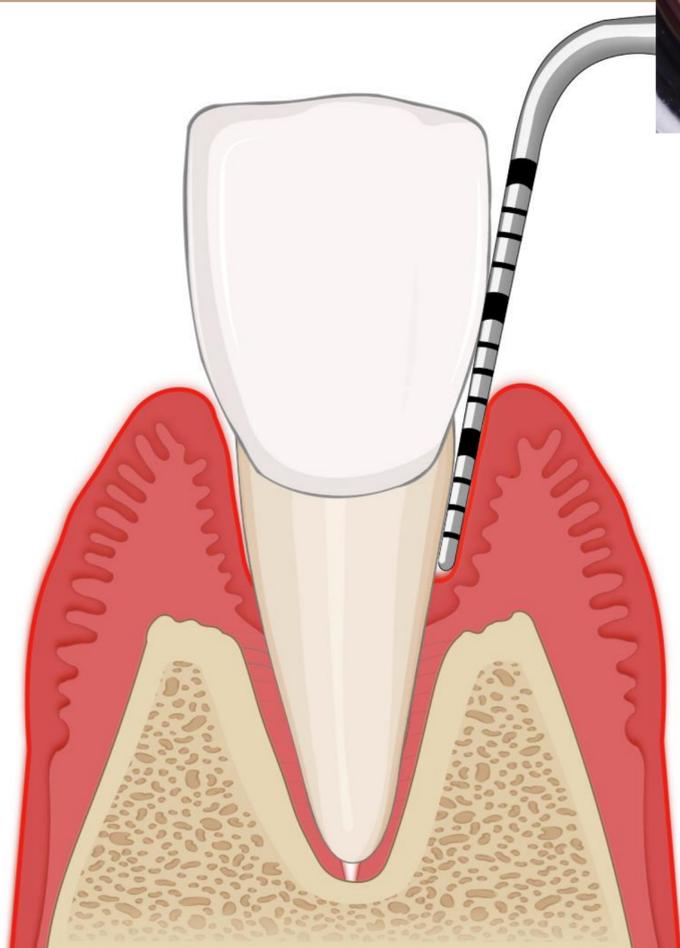
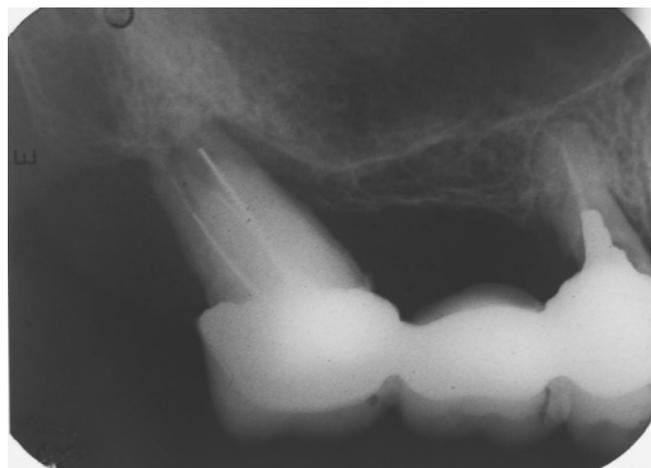
Complexidade:

Necessidade de reabilitação complexa devido a: disfunção mastigatória e trauma oclusal secundário (mobilidade dentária grau ≥ 2).



Complexidade:

Defeito grave de crista



Complexidade:

Colapso da mordida, deslocamento e espaçamento. Menos de 20 dentes remanescentes (10 pares oclusais)



O **grau** deve ser utilizado como um indicador da taxa de progressão da periodontite. Os critérios primários são evidências diretas ou indiretas de progressão. Sempre que disponível, utiliza-se a evidência direta; na sua ausência, faz-se uma estimativa indireta utilizando a perda óssea como função da idade do paciente, no dente mais afetado ou na apresentação do caso (perda óssea radiográfica expressa como porcentagem do comprimento da raiz dividida pela idade do paciente).

Os clínicos devem inicialmente assumir a doença como grau B e buscar evidências específicas para deslocar para grau A ou C, se disponíveis. Uma vez que o grau é estabelecido com base em evidências de progressão, ele pode ser modificado com base na presença de fatores de risco. Informações detalhadas sobre a classificação do grau são apresentadas na Tabela 2.



Tabela 2. Graus da periodontite que refletem características biológicas da doença, incluindo evidências de, ou risco para, progressão rápida e resposta antecipada ao tratamento (Adaptada de Papapanou et al., 2018).

Grau da periodontite			Grau A: Lenta taxa de progressão	Grau B: Moderada taxa de progressão	Grau C: Rápida taxa de progressão
Critério primário	Evidência direta 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 to 1.0	> 1.0
		Fenótipo do caso	Depósitos pesados de biofilme com baixos níveis de destruição	Destruição proporcional aos depósitos de biofilme	A destruição excede as expectativas dadas pelos depósitos de biofilme; padrões clínicos específicos sugestivos de períodos de progressão rápida e/ou doença de início precoce (por exemplo, padrão molar/incisivo; falta de resposta esperada às terapias padrão de controle bacteriano).
Modificadores do grau	Fatores de risco	Tabagismo	Não fumante	Fumante que fuma <10 cigarros/dia	Fumante que fuma ≥10 cigarros/dia
		Diabetes	Normoglicêmico/s em diagnóstico de diabetes	Hemoglobina glicada <7.0% em pacientes com diabetes	Hemoglobina glicada ≥7.0% em pacientes com diabetes

Graus da Periodontite

Critério primário

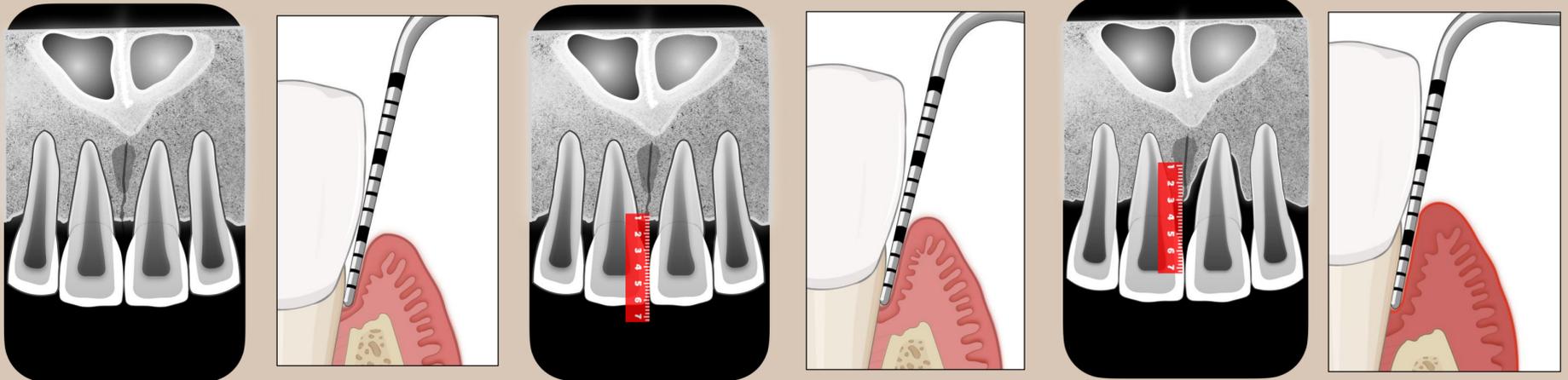
Evidência **direta** de progressão

Evidência de nenhuma perda em 5 anos

Evidência de perda <2 mm em 5 anos

Evidência de perda ≥2 mm em 5 anos

Dados longitudinais (perda óssea radiográfica ou perda de inserção clínica).



Evidência **indireta** de progressão

% perda óssea/idade

<0.25

0.25 to 1.0

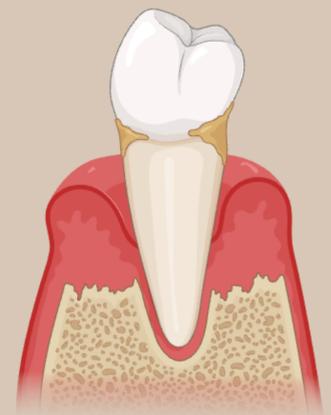
>1.0

Fenótipo do caso

Depósitos pesados de biofilme com baixos níveis de destruição

Destruição proporcional aos depósitos de biofilme

A destruição excede as expectativas dadas pelos depósitos de biofilme



Modificadores do grau

Tabagismo



Não fumante



Fumante que fuma <10 cigarros/dia



Fumante que fuma ≥10 cigarros/dia



Diabetes



Normoglicêmico/ sem diagnóstico de diabetes

Hemoglobina glicada <7.0% em pacientes com diabetes

Hemoglobina glicada ≥7.0% em pacientes com diabetes

Essa classificação da periodontite, baseada em estágios e graus, foi definida no Workshop Mundial realizado em 2017, organizado pela Federação Europeia de Periodontia e pela Academia Europeia de Periodontia (Papapanou et al., 2018). Adicionalmente, é tema de um livro digital, baseado na classificação do Workshop, produzido pela disciplina de Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) (Holzhausen et al., 2019).

Pacientes com periodontite estágio IV compartilham as características de severidade e complexidade da periodontite estágio III, mas, além disso, sofrem com as sequelas funcionais e consequências da perda dentária, frequentemente associadas à periodontite avançada (Herrera et al., 2022).



Sequelas funcionais e consequências da **perda dentária** na Periodontite Estágio IV

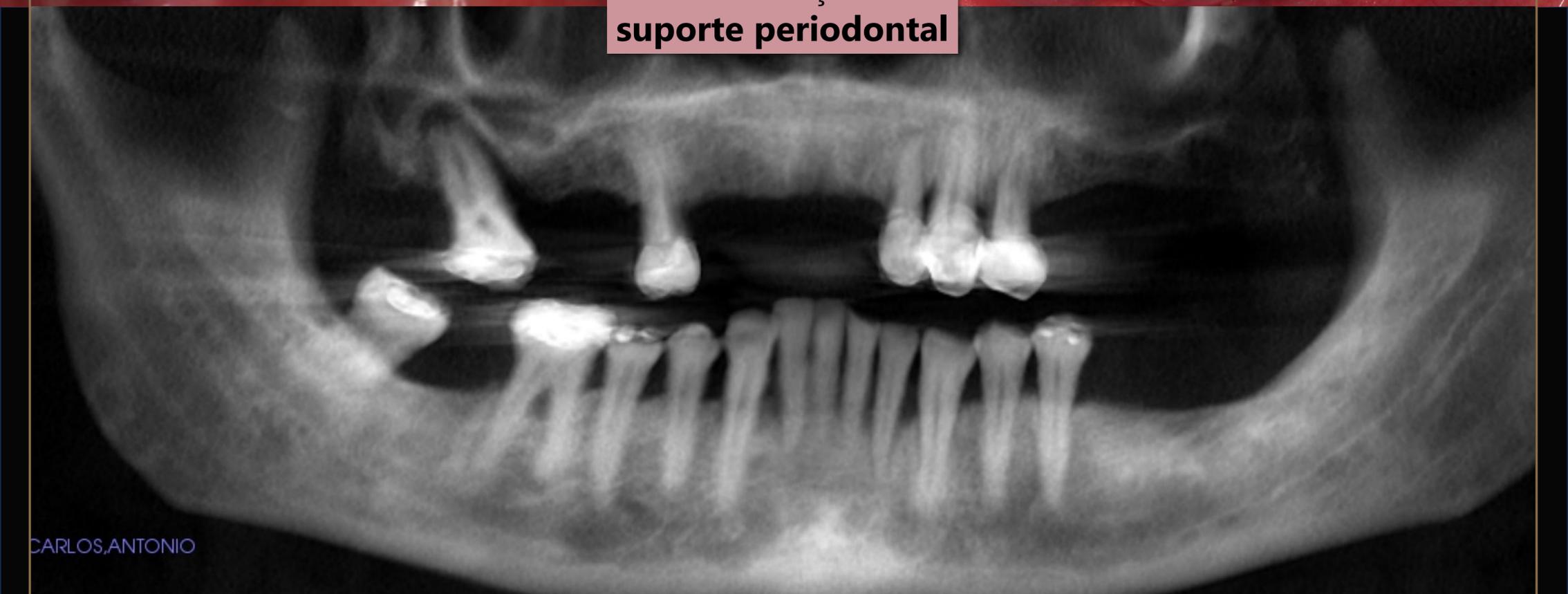


O manejo das periodontites nos estágios I a III já foi detalhado em uma diretriz de prática clínica previamente publicada (Sanz, Herrera, et al., 2020) e também em um livro digital, baseado nessa diretriz, da disciplina de Periodontia da FOU SP (Amaral et al., 2023). A distinção entre os estágios III e IV da periodontite é baseada, principalmente, nas **sequelas comuns da perda avançada de suporte tecidual periodontal**, que incluem:

- Perda dentária – de cinco ou mais dentes devido à periodontite, resultando em menos de 20 dentes remanescentes (menos de 10 pares oclusais);
- Disfunção mastigatória;
- Mobilidade dentária grau ≥ 2 ;
- Defeitos severos da crista alveolar;
- Colapso oclusal (inclinação ou migração dentária).



Perda avançada de suporte periodontal



Assim, as seguintes condições são frequentemente verificadas nesses pacientes:

- Trauma oclusal secundário/hipermobilidade dental atribuível à redução do suporte periodontal associada à periodontite.
- Migração dentária, deslocamento e abertura de diastemas associados à perda severa de inserção nos dentes afetados.
- Perda de suporte posterior e/ou inclinação dos dentes anteriores devido à periodontite.
- Disfunção mastigatória secundária às perdas dentárias e uma combinação dos fatores acima (Herrera et al., 2022).

Diante desses fatores, a periodontite estágio IV exige **uma abordagem interdisciplinar para a reabilitação da dentição comprometida** (Papapanou et al., 2018; Tonetti et al., 2018; Tonetti & Sanz, 2019).



Necessidade de abordagem **interdisciplinar** para a **reabilitação da dentição comprometida**



Uma diferença importante entre o tratamento dos estágios III e IV da periodontite é a necessidade, no estágio IV, de manter/reestabelecer uma dentição funcional, bem como a necessidade de um rigoroso programa de cuidados de suporte antes, durante e após a fase de reabilitação.

Estudos indicam que pacientes com periodontite em estágio IV possuem maior risco de perda dentária relacionada à periodontite em um período de acompanhamento de 10–30 anos (razão de risco 3,73 em comparação aos do estágio I) (Ravidà et al., 2020). Além disso, esses pacientes têm maior propensão à migração patológica dos dentes e outras consequências funcionais (Kwok & Caton, 2007)

A periodontite estágio IV não compromete apenas a sobrevivência de dentes individuais, mas a integridade funcional de toda a dentição. Nestes pacientes, a terapia periodontal padrão (fases I–III), incluindo a terapia de suporte, muitas vezes não é suficiente para estabilizar a saúde bucal, restaurar a função mastigatória e melhorar a qualidade de vida (Herrera et al., 2022).

Portanto, **a abordagem terapêutica deve ser interdisciplinar** e pode incluir o **manejo do trauma oclusal secundário, movimentação dentária ortodôntica e/ou tratamento reabilitador após a terapia periodontal bem-sucedida** (Herrera et al., 2022).

Pode haver a necessidade de: manejo do trauma oclusal secundário, movimentação dentária ortodôntica e/ou tratamento reabilitador



1.2 Consequências da falta de um tratamento abrangente da periodontite estágio IV

A ausência de um tratamento adequado e abrangente para a periodontite estágio IV pode resultar em progressão da destruição periodontal, levando ao aumento do risco de edentulismo (Herrera et al., 2022).

1.3 Caminhos diagnósticos específicos em pacientes com periodontite Estágio IV

A avaliação clínica da periodontite estágio IV compreende cinco dimensões críticas:

1.3.1 Avaliação da extensão da destruição periodontal, da função do paciente e da estética

O diagnóstico detalhado requer um exame periodontal completo, associado a imagens diagnósticas para determinar a extensão da perda de inserção periodontal. Em pacientes com periodontite estágio IV, a avaliação deve ir além da análise da destruição tecidual, incluindo:

- Avaliação da hiper mobilidade dentária;
- Avaliação da vitalidade dos dentes;
- Presença de trauma oclusal secundário;
- Presença de paradas verticais posteriores estáveis;
- Avaliação de fremitus em oclusão cêntrica e em movimentos excêntricos;
- Avaliações subjetivas e objetivas da função mastigatória, estética e fonética (Herrera et al., 2022).



Aumento do risco de edentulismo, na falta de avaliação abrangente, que incluía alterações na oclusão e posicionamento dentário e consequências funcionais e estéticas de perdas dentárias



1.3.2 Número de dentes perdidos devido à periodontite

Atribuir a perda dentária à periodontite é desafiador, pois depende do histórico clínico e dos registros disponíveis (Ravidà et al., 2021; Sanz, Papapanou, et al., 2020; Uy et al., 2022). A precisão dessa avaliação pode ser influenciada pelo viés de recordação, mas ainda assim fornece subsídios importantes para o diagnóstico e prognóstico do paciente (Ravidà et al., 2021).

1.3.3 Prognóstico de dentes individuais

Estabelecer o prognóstico de dentes comprometidos em pacientes com periodontite estágio IV é um processo complexo, que deve levar em conta a viabilidade de manter determinados elementos dentários para fins protéticos. A sobrevida dentária pode ser influenciada por fatores clínicos e pela experiência do profissional responsável pelo tratamento (Herrera et al., 2022). Estudos indicam que mesmo especialistas tendem a subestimar a longevidade de dentes severamente comprometidos (McGuire & Nunn, 1996).

Para um prognóstico favorável de longo prazo, é essencial atingir os objetivos da terapia periodontal identificados na diretriz para o tratamento de periodontite estágios I–III (Loos & Needleman, 2020; Sanz, Herrera, et al., 2020) e garantir adesão a um programa eficaz de cuidados periodontais de suporte.



1.3.4 Fatores restauradores

O planejamento da reabilitação deve considerar a extensão das áreas edêntulas, a distribuição e viabilidade dos dentes remanescentes e a possibilidade de restauração, seja exclusivamente por meio de dentição natural ou com a adição de implantes dentários. Também devem ser avaliadas as complexidades técnicas da prótese planejada, além das intervenções necessárias para a colocação de implantes, dependendo da disponibilidade de dimensões adequadas do rebordo alveolar (Herrera et al., 2022).

1.3.5 Prognóstico geral do caso

O prognóstico geral do caso deve ser estabelecido considerando a suscetibilidade individual do paciente, baseada em uma análise dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis do paciente, e do grau da periodontite (Papapanou et al., 2018; Tonetti et al., 2018).

O prognóstico deve incluir uma estimativa da probabilidade de recorrência/progressão da doença, que é um fator diferenciador no manejo de pacientes com periodontite estágio IV em relação a outros casos restauradores complexos (Bäumer et al., 2011; Lang et al., 2015; Lang & Tonetti, 1996).



Avaliação do **prognóstico** – dentes individuais e prognóstico geral do caso

Uma análise criteriosa da viabilidade técnica e biológica das intervenções propostas, bem como sua viabilidade econômica e alinhamento com as preferências do paciente (Herrera et al., 2022).

A determinação do prognóstico e a formulação de um plano de tratamento adequado exige uma análise criteriosa da viabilidade técnica e biológica das intervenções propostas, bem como sua viabilidade econômica e alinhamento com as preferências e expectativas do paciente (Herrera et al., 2022).

1.4 Diagnóstico diferencial

Para um planejamento terapêutico eficaz, é essencial estabelecer um diagnóstico diferencial preciso, distinguindo a periodontite estágio IV de outras condições que podem apresentar sinais semelhantes, tais como:

- Abertura de diastemas ou migração dentária secundária a recidiva ortodôntica;
- Trauma oclusal primário em indivíduos com periodontite;
- Disfunção mastigatória em pessoas que sofreram perda dentária múltipla não atribuível à periodontite e na ausência de periodontite;
- Disfunção mastigatória em pessoas que sofreram perda dentária múltipla não atribuível à periodontite, mas na presença de periodontite estágio I–II ou estágio III localizado;
- Periodontite estágio III generalizada sem perda dentária ou sem outros critérios que definem a periodontite estágio IV. Esse diagnóstico diferencial pode ser difícil em alguns casos limítrofes (Herrera et al., 2022);



Capítulo 2:

Os quatro fenótipos da Periodontite Estágio IV:
características clínicas e demandas terapêuticas



Capítulo 2: Os quatro fenótipos da periodontite estágio IV: características clínicas e demandas terapêuticas

2.1 Os fenótipos da periodontite estágio IV

A periodontite estágio IV apresenta ampla variabilidade fenotípica, devido aos padrões individuais de destruição periodontal, número de dentes perdidos, relações intermaxilares e crista alveolar residual. Essas variações resultam em diferentes graus de comprometimento funcional e estético, bem como necessidades distintas de tratamento (Herrera et al., 2022).

Para facilitar a abordagem clínica, foram estabelecidos quatro principais fenótipos da periodontite estágio IV, caracterizados da seguinte forma:

2.1.1 Fenótipo 1 – Hiper mobilidade dentária associada à trauma oclusal secundário

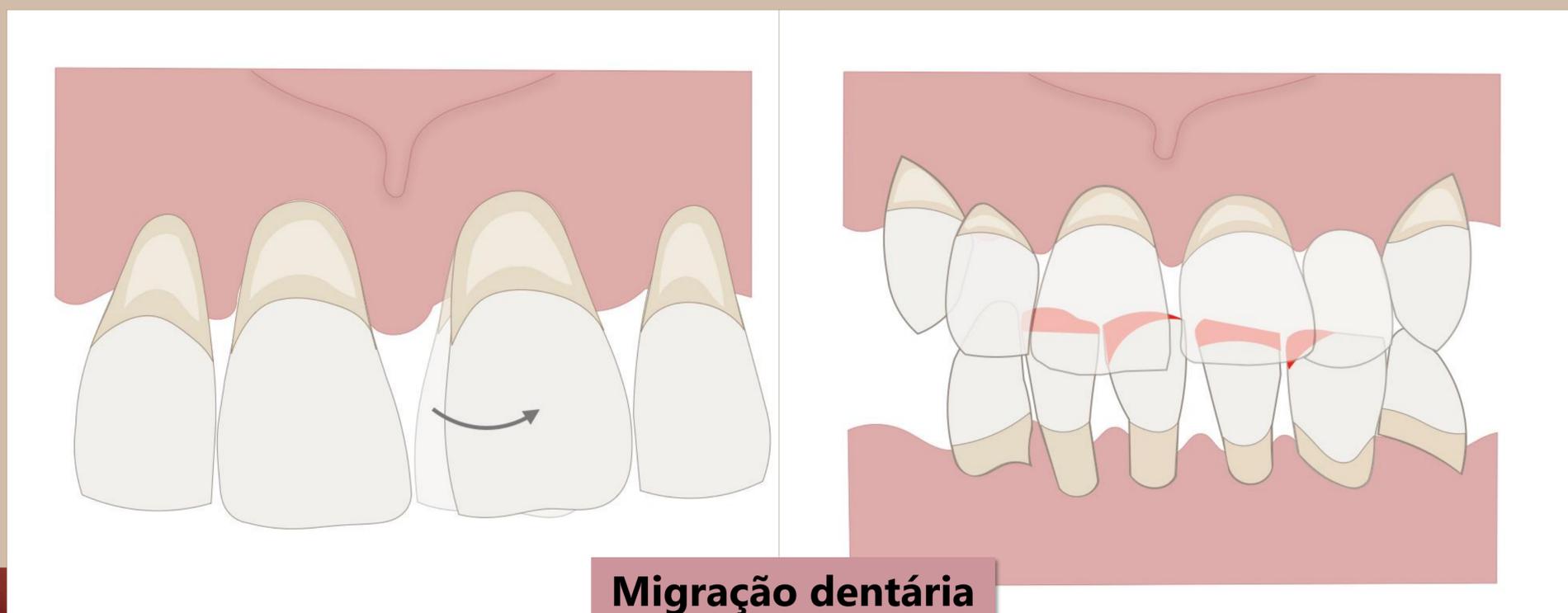
Este fenótipo se caracteriza por hiper mobilidade dentária decorrente de trauma oclusal secundário, que pode ser corrigido sem necessidade de substituição dentária (Herrera et al., 2022). Nesse fenótipo, há dúvidas sobre a **eficácia da contenção dentária** e do **ajuste oclusal seletivo**, o **momento ideal para sua aplicação** e seus **efeitos nos resultados clínicos e no conforto do paciente**. Essas questões são abordadas no Capítulo 4.

Hiper mobilidade dentária associada à trauma oclusal secundário



2.1.2 Fenótipo 2 – Migração dentária patológica

Este fenótipo se caracteriza por migração dentária patológica, identificada por alongamento, deslocamento e inclinação dos dentes, sendo potencialmente passível de correção ortodôntica (Herrera et al., 2022). No entanto, há dúvidas sobre a **eficácia do tratamento ortodôntico na correção de mal posicionamentos dentários associados à migração patológica e seus efeitos na saúde periodontal**. Além disso, questiona-se o **momento ideal para iniciar o tratamento ortodôntico** em pacientes com periodontite estágio IV, as **abordagens para situações clínicas comuns nesses pacientes**, os **dispositivos e técnicas ortodônticas** mais indicados nesses casos, bem como o **manejo periodontal durante e após a terapia ortodôntica** e as **estratégias para garantir a estabilidade** da dentição tratada. Essas questões são abordadas no Capítulo 5.



Migração dentária patológica



2.1.3 Fenótipo 3 – Parcialmente edêntulos com a necessidade de reabilitação parcial

Pacientes parcialmente edêntulos que podem ser reabilitados proteticamente sem necessidade de um reabilitação total do arco dentário (Herrera et al., 2022). Nesse caso, há dúvidas quanto a **eficácia e as taxas de sobrevida de diferentes tipos de reabilitação protética nesses pacientes**, como próteses fixas suportadas por dentes ou implantes, próteses adesivas, próteses removíveis e arco dental encurtado, considerando seus benefícios e complicações.

Também se discutem as **indicações específicas para cada solução** em casos de espaços intercalares e extremidades livres, o **momento ideal para a instalação de próteses provisórias e definitivas** dentro de um plano de tratamento periodontal integrado, bem como estratégias para **personalizar as opções protéticas** de forma a assegurar a estabilidade funcional e periodontal a longo prazo. Essas questões são abordadas nos Capítulos 6 e 7.

Parcialmente edêntulos com a
necessidade de **reabilitação parcial**



2.1.4 Fenótipo 4 – Parcialmente edêntulos com necessidade de reabilitação total do arco

Pacientes parcialmente edêntulos cuja dentição requer reabilitação total de arco, suportada ou retida por dentes ou implantes (Herrera et al., 2022). Nesse caso, há incertezas **quanto ao momento adequado e às diretrizes para a indicação de próteses fixas ou removíveis de arco completo, suportadas por dentes ou implantes**, em pacientes com dentição severamente comprometida devido à periodontite estágio IV. Também se questiona o **desempenho dessas opções em termos de sobrevida de dentes, implantes e próteses**, bem como as complicações técnicas e biológicas associadas. Essas questões são abordadas no Capítulo 6 e 8.

É importante ressaltar que esses fenótipos, frequentemente encontrados em pacientes com periodontite estágio IV, podem ocasionalmente, se sobrepor. Um arco pode exigir um tipo específico de tratamento, enquanto o outro pode necessitar de uma abordagem diferente (Herrera et al., 2022).



Parcialmente edêntulos com a necessidade de **reabilitação total**



2.2 Aspectos-chave no tratamento da periodontite estágio IV:

- O manejo eficaz da periodontite estágio IV requer que os pacientes sejam amplamente informados sobre sua condição, as opções terapêuticas disponíveis e os riscos associados, incluindo a necessidade de terapia periodontal, o planejamento da reabilitação e a sequência das intervenções. Além disso, os pacientes devem estar cientes de que o planejamento do tratamento pode ser modificado dependendo de fatores, como os resultados das ~intervenções e a adesão com o controle do biofilme supragengival e a modificação de fatores de risco (Herrera et al., 2022).
- O tratamento da periodontite estágio IV prioriza, sempre que possível, a preservação dos dentes comprometidos que sejam considerados viáveis para tratamento periodontal. **A extração precoce de dentes com prognóstico questionável, desde que não sejam considerados sem esperança, é fortemente desencorajada e não encontra respaldo nas evidências atuais** (Herrera et al., 2022).
- **Sempre que a retenção dos dentes for viável, recomenda-se que o tratamento periodontal de pacientes com periodontite estágio IV siga as diretrizes para o tratamento da periodontite nos estágios I–III.** Nestes pacientes, a conclusão bem-sucedida da terapia periodontal é um pré-requisito. **Além disso, o manejo desses casos pode incluir ortodontia, contenção dentária, próteses dentárias fixas e removíveis suportadas por dentes, e/ou reabilitação protética fixa ou removível suportada por dentes ou implantes** (Herrera et al., 2022).

A extração precoce de dentes com prognóstico questionável é fortemente desencorajada e não encontra respaldo nas evidências atuais

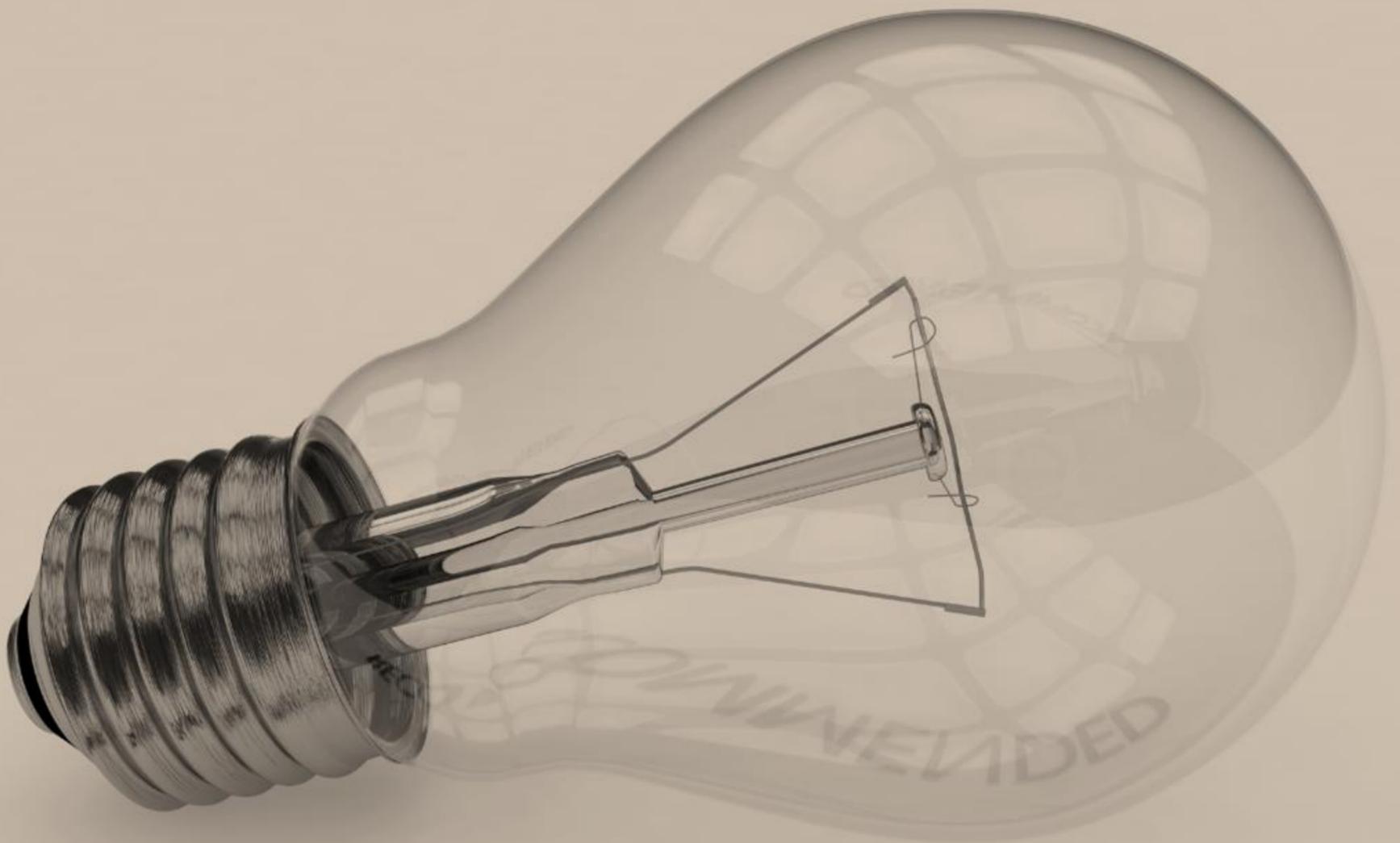


- Para pacientes com periodontite estágio IV, recomenda-se **avaliar frequentemente a motivação e a adesão ao controle do biofilme supragengival e ao controle dos fatores de risco** ao longo do tratamento e durante os cuidados periodontais de suporte, pois isso influenciará diretamente tanto a escolha quanto os resultados da terapia (Herrera et al., 2022).
- Em pacientes com periodontite estágio IV, é obrigatório que as restaurações sejam projetadas para alcançar função e estética, ao mesmo tempo permitindo uma higiene bucal eficaz realizada pelo paciente e limpeza profissional dos dentes (Herrera et al., 2022).



Avaliação frequente da **motivação** e a **adesão ao controle do biofilme** supragengival e ao **controle dos fatores de risco**

Capítulo 3:
Recomendações clínicas gerais para o manejo de
pacientes com Periodontite Estágio IV



Capítulo 3: Recomendações clínicas gerais para o manejo de pacientes com periodontite estágio IV

3.1 A periodontite estágio IV pode ser manejada com sucesso?

Sim, a periodontite estágio IV pode ser **tratada com sucesso por meio da combinação de terapia periodontal, reabilitação funcional, com melhoria da estética/qualidade de vida e cuidados periodontais de suporte** (Herrera et al., 2022).

3.2 Qual a importância da preservação dentária nesses pacientes?

A preservação dentária deve ser a estratégia prioritária **na reabilitação de pacientes com periodontite estágio IV**. Sempre que possível, manter a dentição natural com terapia periodontal apropriada traz benefícios estratégicos, como postergar ou até evitar a necessidade de implantes, que também apresentam riscos de complicações biológicas e técnicas, especialmente em pacientes com histórico de periodontite. Além disso, essa abordagem reduz a exigência de longevidade dos implantes, caso sejam necessários. A preservação dos dentes deve ser priorizada, e decisão de extração deve ser embasada em fatores como prognóstico individual do dente, viabilidade técnica, preferência do paciente e considerações de custo-benefício (Herrera et al., 2022).

3.3 Qual a relevância da preservação da integridade do arco dental nesses pacientes?

Em pacientes com periodontite estágio IV, sugere-se preservar a integridade do arco dental evitando extrações, se os dentes puderem ser mantidos (Herrera et al., 2022).

Em casos com um arco dental intacto (sem dentes ausentes, exceto na região molar), a possibilidade de preservar todos os dentes pode simplificar o tratamento e reduzir os custos. Um diagnóstico cuidadoso da possibilidade de preservar dentes "irrecuperáveis" ou severamente comprometidos do ponto de vista periodontal por meio de terapia periodontal, combinado com o manejo de hiper mobilidade e atendimento às preocupações do paciente, deve ser realizado antes de decidir extrair dentes nesses casos (Herrera et al., 2022).

3.4 A aceitabilidade da preservação dentária pode ser melhorada com medidas simples?

Sim, estratégias como restaurações dentárias diretas e indiretas e o uso de epíteses podem melhorar a aceitação do tratamento periodontal e da preservação dentária em pacientes com periodontite estágio IV (Herrera et al., 2022).

Em muitos casos de periodontite estágio IV, as **sequelas estéticas, fonéticas e funcionais da destruição periodontal afetam severamente o bem-estar e a qualidade de vida do paciente**, tornando a extração uma opção aparentemente mais atraente (Herrera et al., 2022).

No entanto, abordagens simples podem mitigar essas preocupações. O uso de **epíteses gengivais (máscaras – geralmente de silicone – removíveis personalizadas para substituir gengiva ausente, esconder triângulos negros ou corrigir margens gengivais irregulares) e/ou restaurações adesivas diretas ou indiretas que podem modificar a forma do dente e até proporcionar um efeito de contenção, são alternativas eficazes. Essas soluções podem aumentar a aceitabilidade do tratamento periodontal em pacientes com periodontite estágio IV** (Herrera et al., 2022).





Capítulo 4:

Recomendações clínicas para hiper mobilidade dentária causada por trauma oclusal secundário (fenótipo 1)



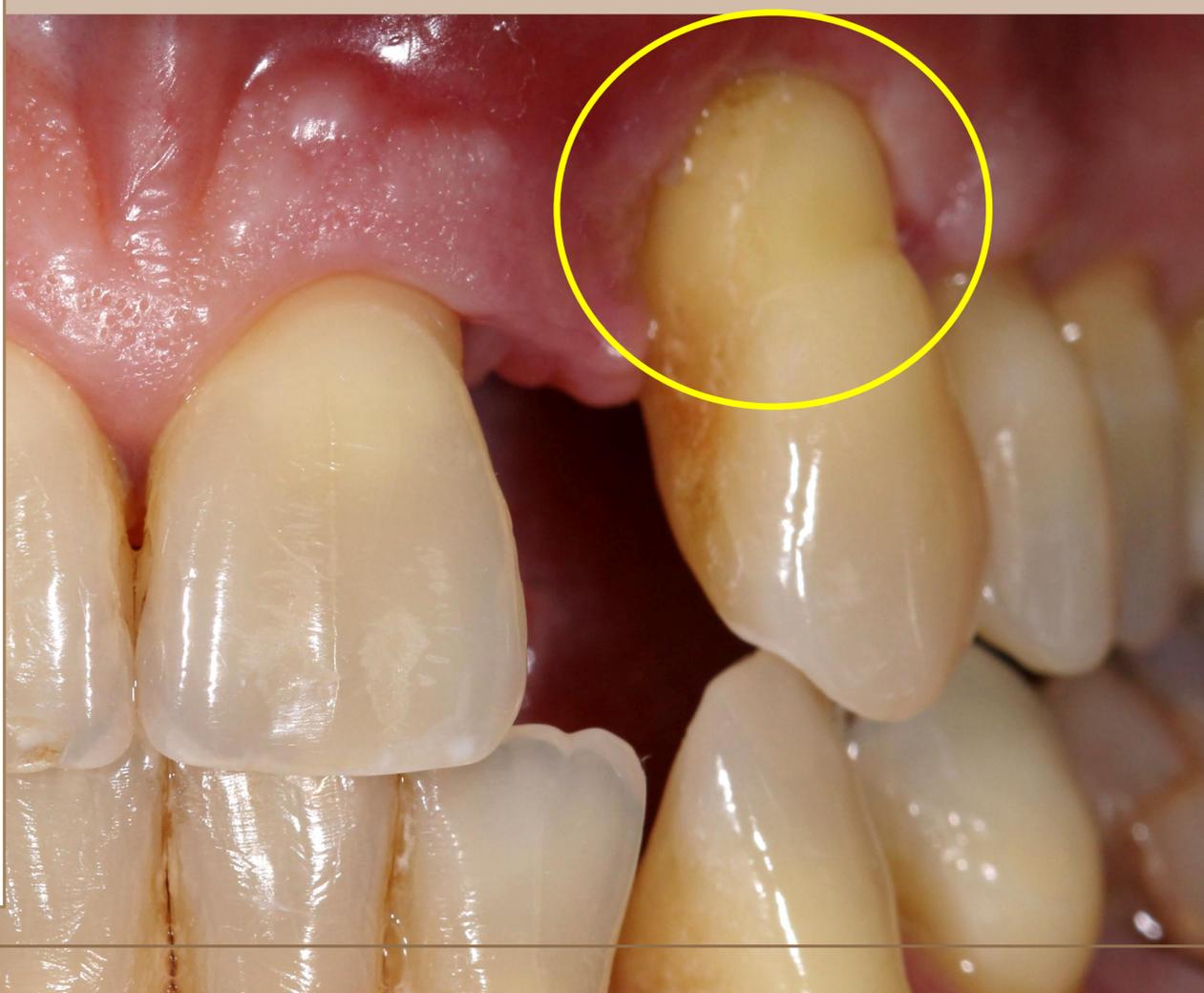
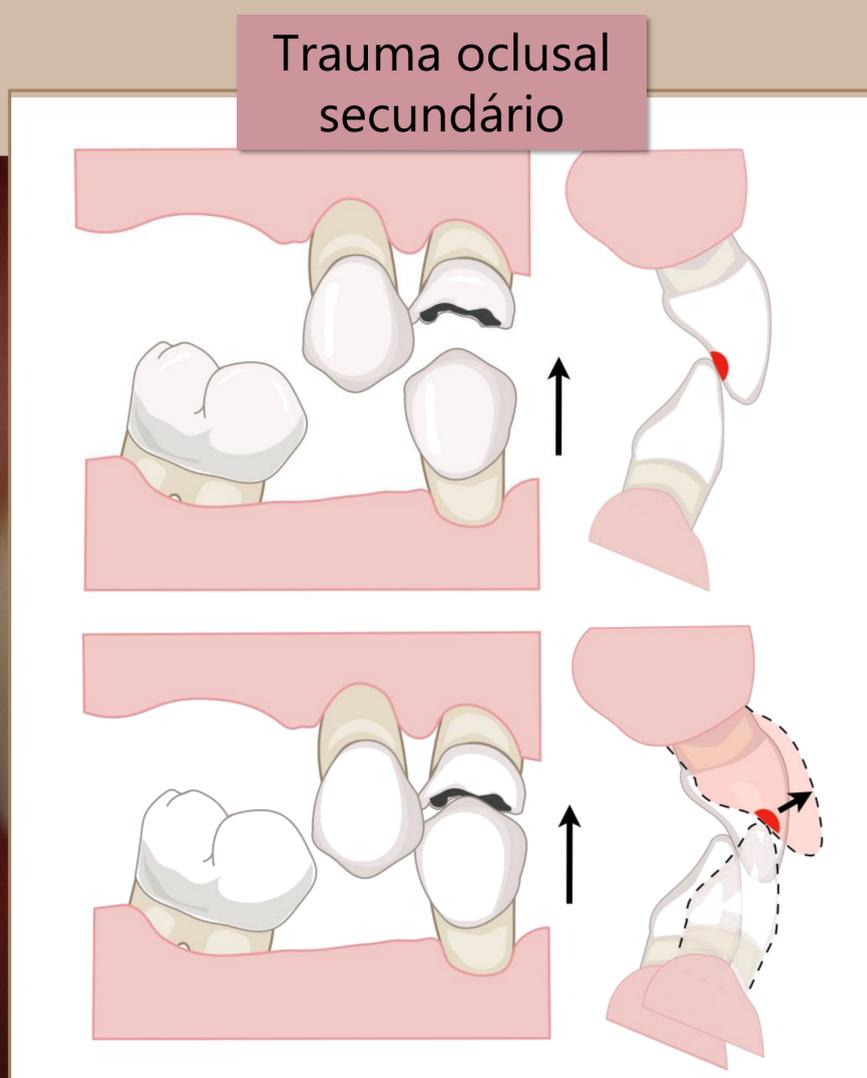
Capítulo 4: Recomendações clínicas para hiper mobilidade dentária causada por trauma oclusal secundário (fenótipo 1)

Fenótipo 1: Paciente com hiper mobilidade dentária devido a trauma oclusal secundário, passível de correção sem necessidade de substituição dentária.

4.1 Em pacientes totalmente dentados com periodontite estágio IV e hiper mobilidade dentária devido à perda avançada de inserção periodontal, qual é a eficácia da contenção dentária e/ou ajuste oclusal limitado de dentes com hiper mobilidade?

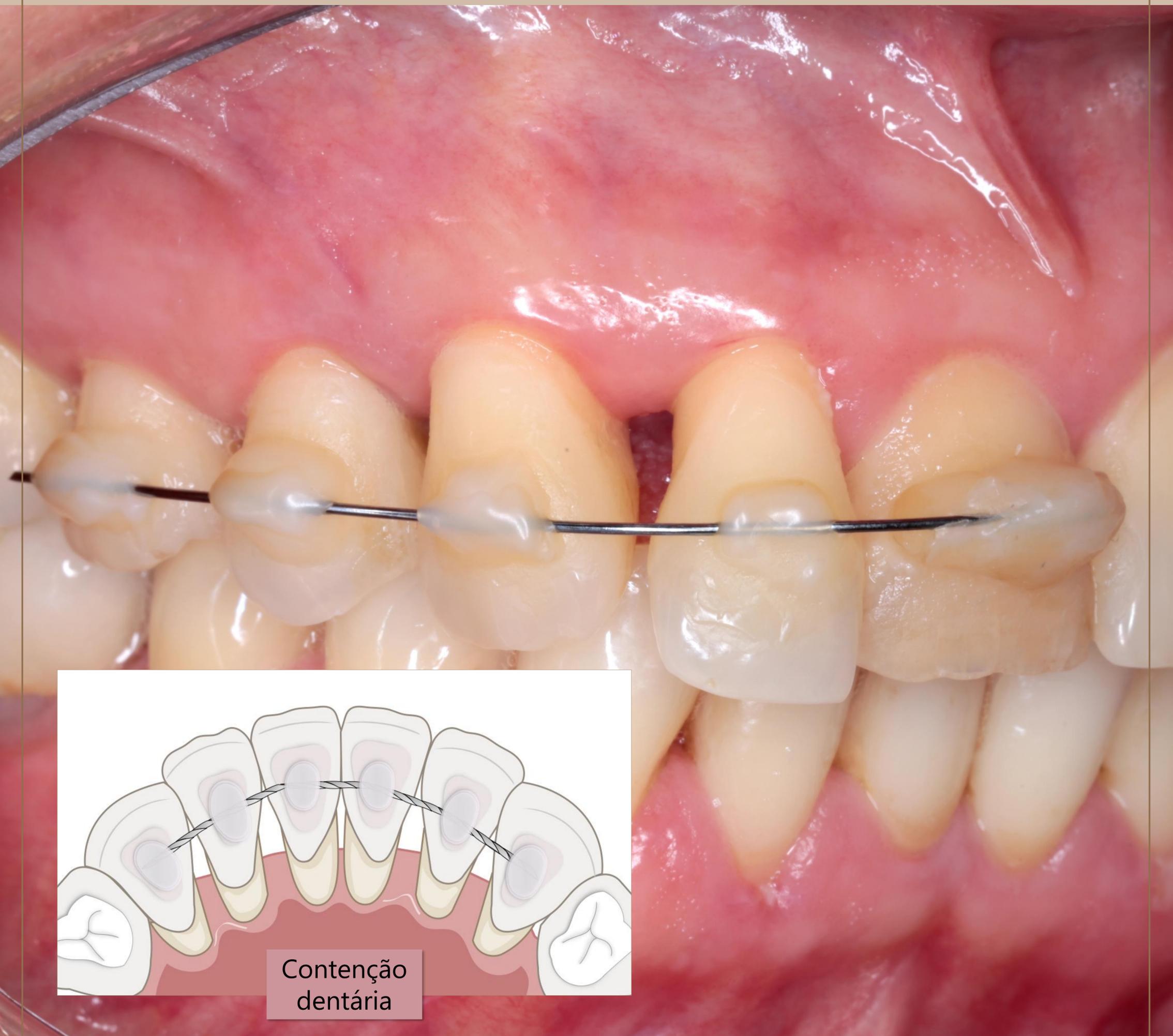
Em pacientes com periodontite estágio IV, **contenções temporárias e/ou ajuste oclusal seletivo limitado de dentes com hiper mobilidade podem ser considerados durante todas as etapas da terapia periodontal (mas especialmente durante no primeiro passo da terapia periodontal)** para aumentar o conforto do paciente e possibilitar/facilitar a terapia periodontal (Herrera et al., 2022).

Em pacientes com periodontite estágio IV que não necessitam de substituição dentária, mas apresentam hiper mobilidade persistente ou aumento da mobilidade após a conclusão bem-sucedida da terapia periodontal, **contenções dentárias de longo prazo podem ser consideradas para melhorar o conforto do paciente** (Herrera et al., 2022).



Embora a **contenção dentária não afete a perda dentária, profundidade de sondagem, nível de inserção clínica ou níveis ósseos, ela pode ter um efeito positivo no conforto do paciente.** Caso seja realizada, a técnica de contenção, o material e o design devem permitir uma higiene oral ideal, tanto realizada pelo paciente quanto pelo profissional (Herrera et al., 2022).

Além disso, **a contenção pode ser benéfica em casos de tratamento periodontal regenerativo planejado** (Cortellini et al., 2001).

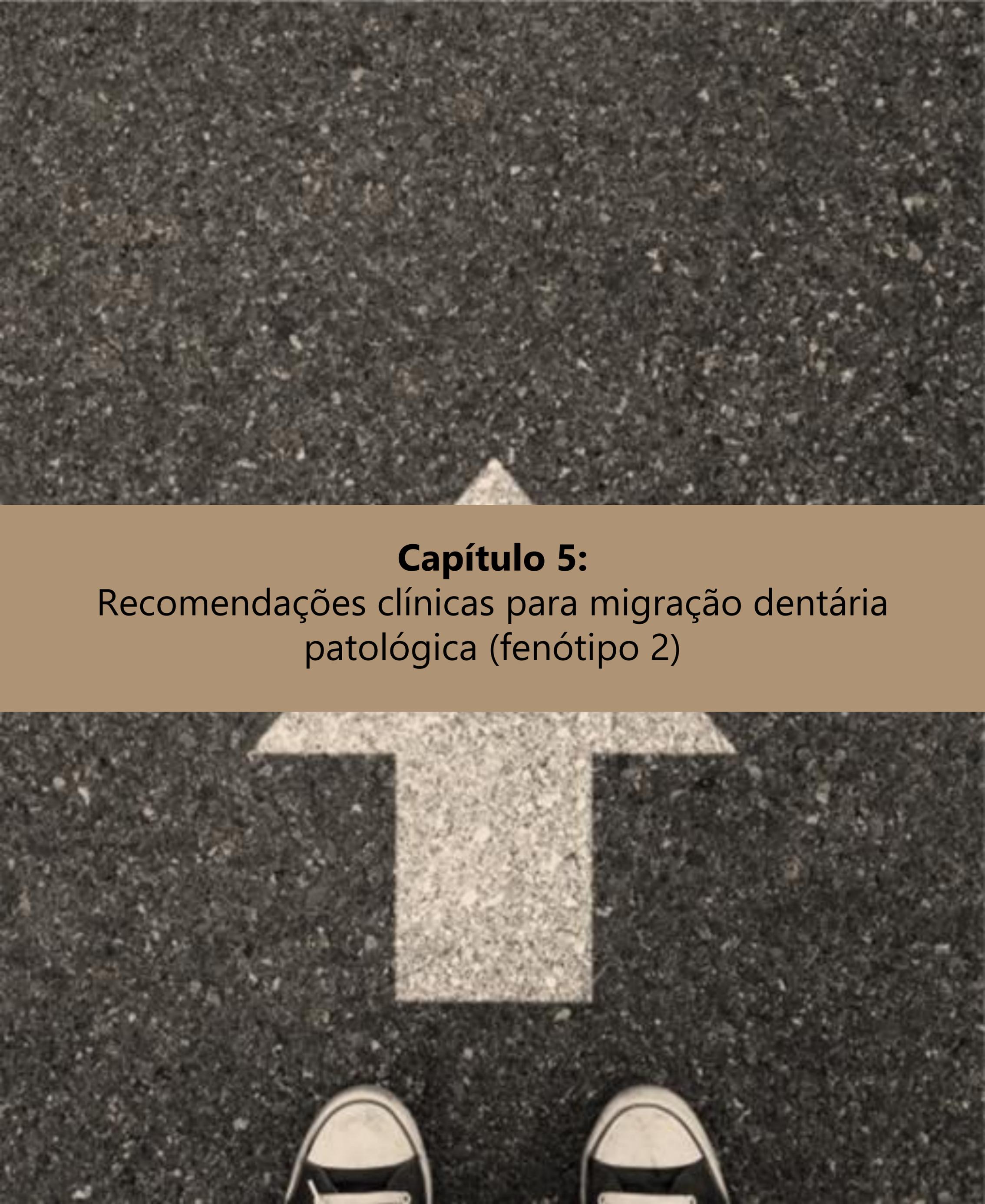


Contenção
dentária

Quanto ao **ajuste oclusal seletivo**, seus efeitos sobre a perda dentária permanecem incertos. O ajuste oclusal não afeta a profundidade de sondagem e os níveis ósseos. No entanto, tem um **impacto positivo no nível de inserção clínica** (Herrera et al., 2022).

Ajuste oclusal seletivo





Capítulo 5:
Recomendações clínicas para migração dentária
patológica (fenótipo 2)

Capítulo 5: Recomendações clínicas para migração dentária patológica (fenótipo 2)

Fenótipo 2: Paciente com migração dentária patológica que pode ser corrigida ortodonticamente.

Um dos fenótipos mais comuns em pacientes com periodontite estágio IV é a migração dentária patológica, caracterizada por alongamento dos dentes devido à extrusão, deslocamento dos dentes de sua posição original e abertura de espaços interdentais, condições que podem ser corrigidas ortodonticamente (Herrera et al., 2022).

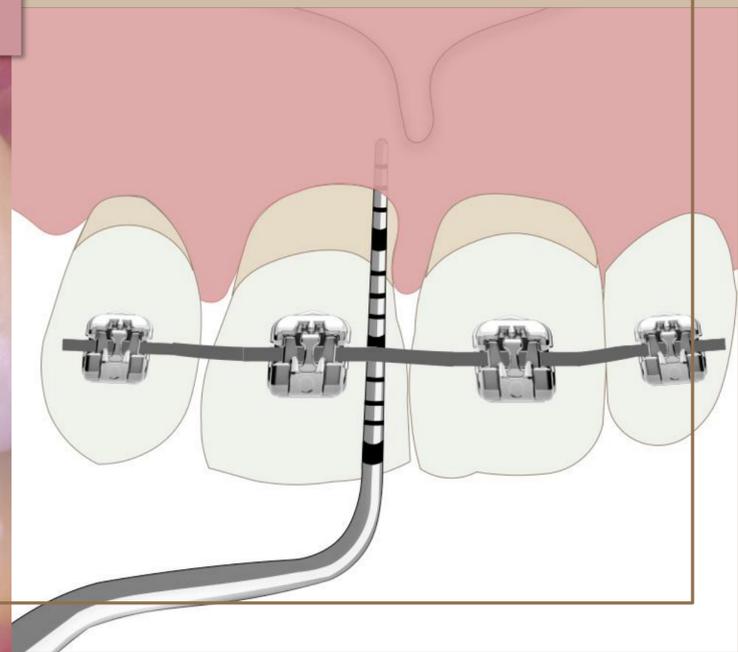
5.1 Em pacientes com periodontite estágio IV com indicação para terapia periodontal e ortodôntica, qual é o efeito da terapia ortodôntica na saúde periodontal e quais são os possíveis efeitos adversos e complicações?

Em pacientes com periodontite estágio IV tratados com sucesso e que necessitam de terapia ortodôntica, sugere-se a realização de tratamento ortodôntico com base em evidências de que este:

- Não afeta os desfechos periodontais (profundidade de sondagem e níveis de inserção clínica);
- Não afeta a inflamação gengival (sangramento à sondagem) e a recessão gengival;
- Parece melhorar a altura das papilas interdentais;
- Não causa reabsorção radicular e pode reduzir a mobilidade dentária (Herrera et al., 2022).

A terapia ortodôntica não apresenta efeitos prejudiciais às condições periodontais em pacientes com um periodonto saudável, porém reduzido, desde que os resultados da terapia periodontal sejam mantidos durante o tratamento ortodôntico ativo (Herrera et al., 2022).

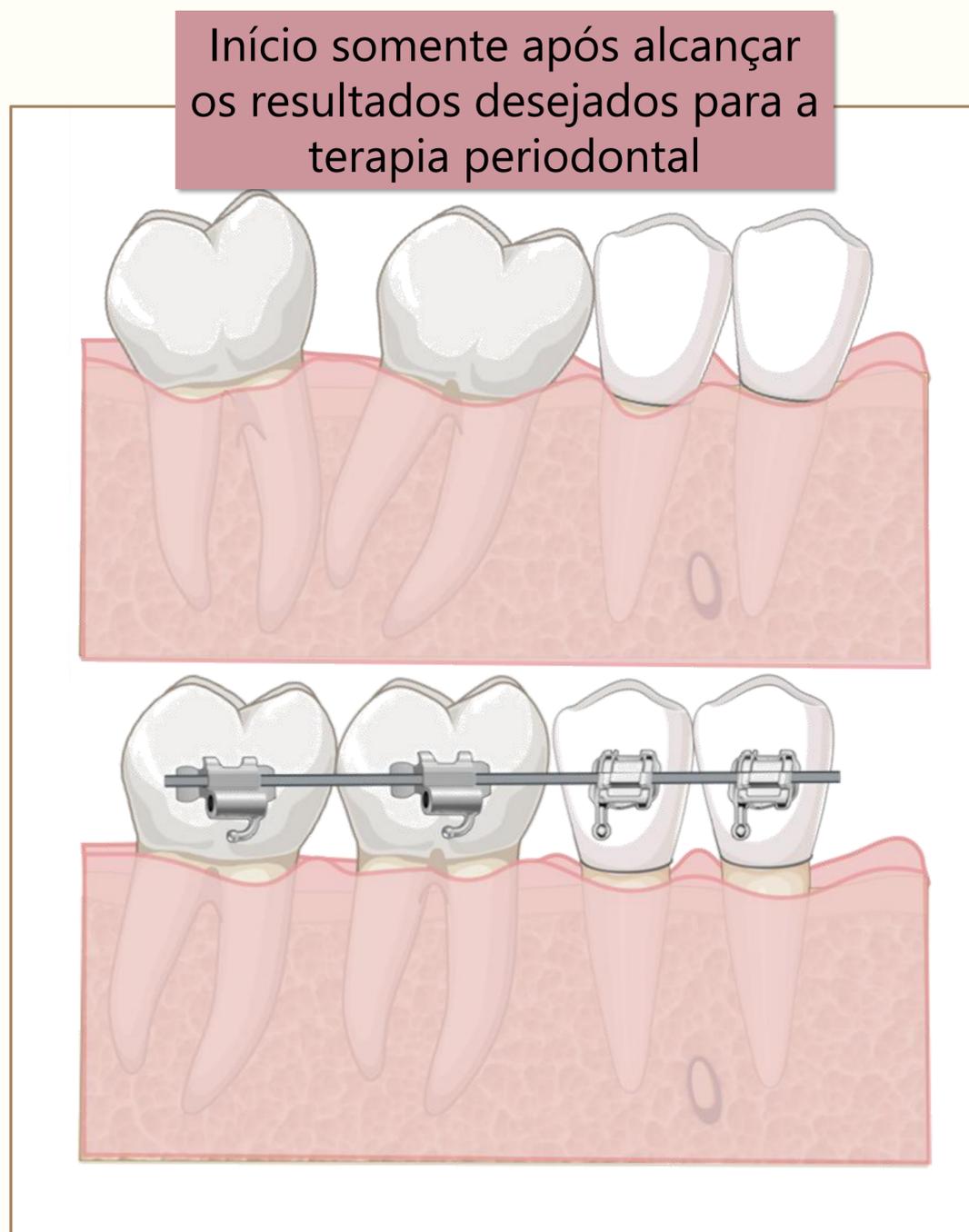
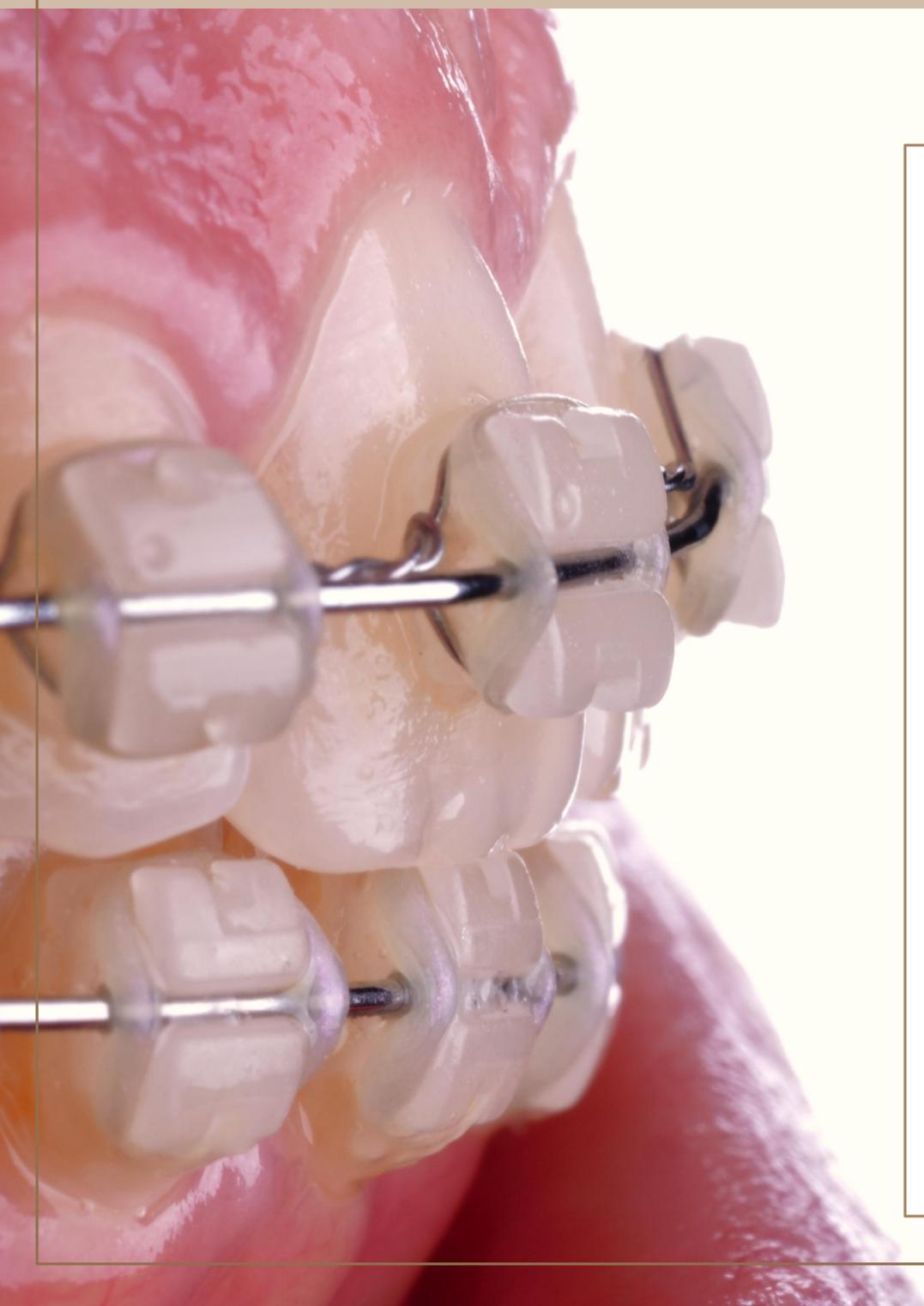
Tratamento ortodôntico apenas em **estabilidade periodontal**



5.2 Em pacientes com periodontite estágio IV, quando a terapia ortodôntica deve ser iniciada?

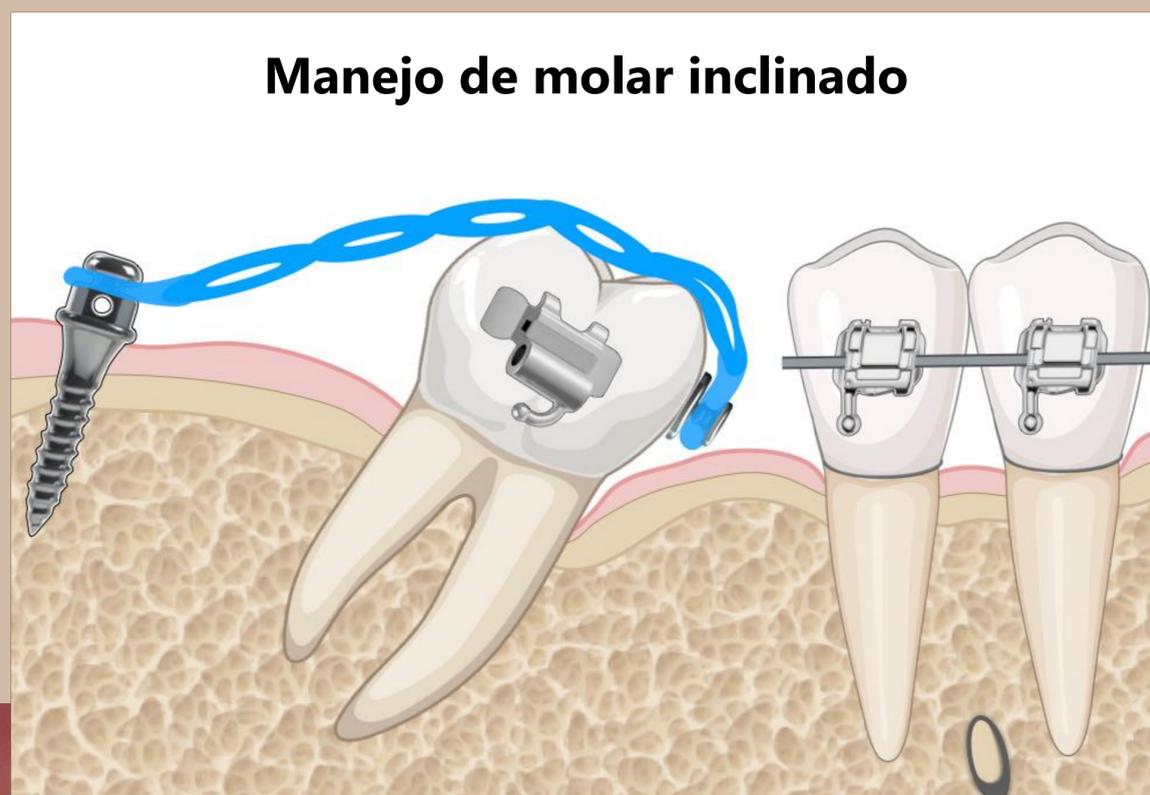
Em pacientes com periodontite estágio IV tratados com sucesso e que necessitam de terapia ortodôntica, **recomenda-se iniciar o tratamento ortodôntico assim que os resultados da terapia periodontal forem alcançados**, ou seja, **ausência de sítios com profundidade de sondagem ≥ 5 mm e sangramento à sondagem, e ausência de sítios com profundidade de sondagem ≥ 6 mm** (Sanz, Herrera, et al., 2020).

Se a inflamação periodontal persistir durante a terapia ortodôntica, as forças ortodônticas (biomecânicas) aplicadas nos tecidos periodontais inflamados podem reiniciar e/ou acelerar a destruição periodontal, levando a uma maior perda de inserção clínica e de osso alveolar. Por outro lado, não foram observados efeitos prejudiciais dos movimentos dentários ortodônticos quando aplicados a dentes com suporte periodontal saudável (não inflamado), ainda que reduzido (Herrera et al., 2022).



5.3 Como manejar molares inclinados em pacientes com periodontite estágio IV?

Em pacientes com periodontite estágio IV e molares inclinados, **a terapia ortodôntica pode ser considerada** para correção de molares inclinados, embora haja **falta de evidências sobre seu possível efeito nos desfechos periodontais**. Molares inclinados são uma sequela frequente da perda dentária e da perda de inserção periodontal em pacientes com periodontite estágio IV, frequentemente associados ao colapso oclusal e à perda da dimensão vertical da oclusão. A verticalização desses molares faz parte do plano terapêutico nesses casos (Herrera et al., 2022).



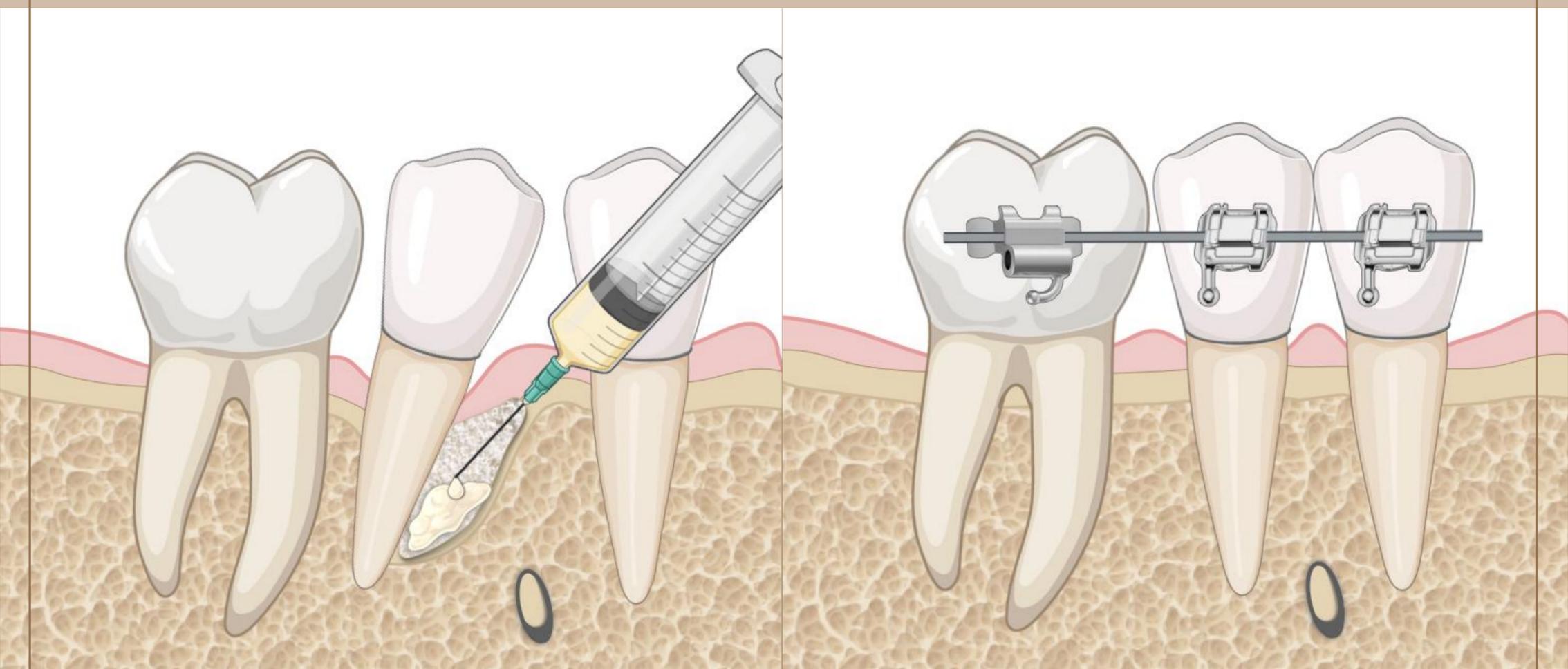
5.4 Em pacientes com periodontite estágio IV apresentando defeitos intraósseos e necessitando de terapia ortodôntica, qual é o desfecho da terapia periodontal combinada com a ortodôntica e qual deve ser o intervalo de tempo entre as terapias regenerativa periodontal e ortodôntica?

Em pacientes com periodontite estágio IV, em que defeitos intraósseos foram tratados por meio de terapia regenerativa periodontal seguindo diretrizes clínicas (Sanz, Herrera, et al., 2020), a terapia ortodôntica pode trazer benefícios adicionais, incluindo:

- Maior ganho de nível de inserção clínica;
- Redução da profundidade de sondagem;
- Aumento nos níveis ósseos;
- Redução do sangramento à sondagem (Herrera et al., 2022).

Sugere-se não esperar um período prolongado de cicatrização após a intervenção regenerativa antes de iniciar o tratamento ortodôntico, uma vez que há evidências de que **períodos curtos (1 mês) e prolongados (6 meses)** entre as terapias periodontal/regenerativa e ortodôntica resultam em **desfechos comparáveis** (Herrera et al., 2022).

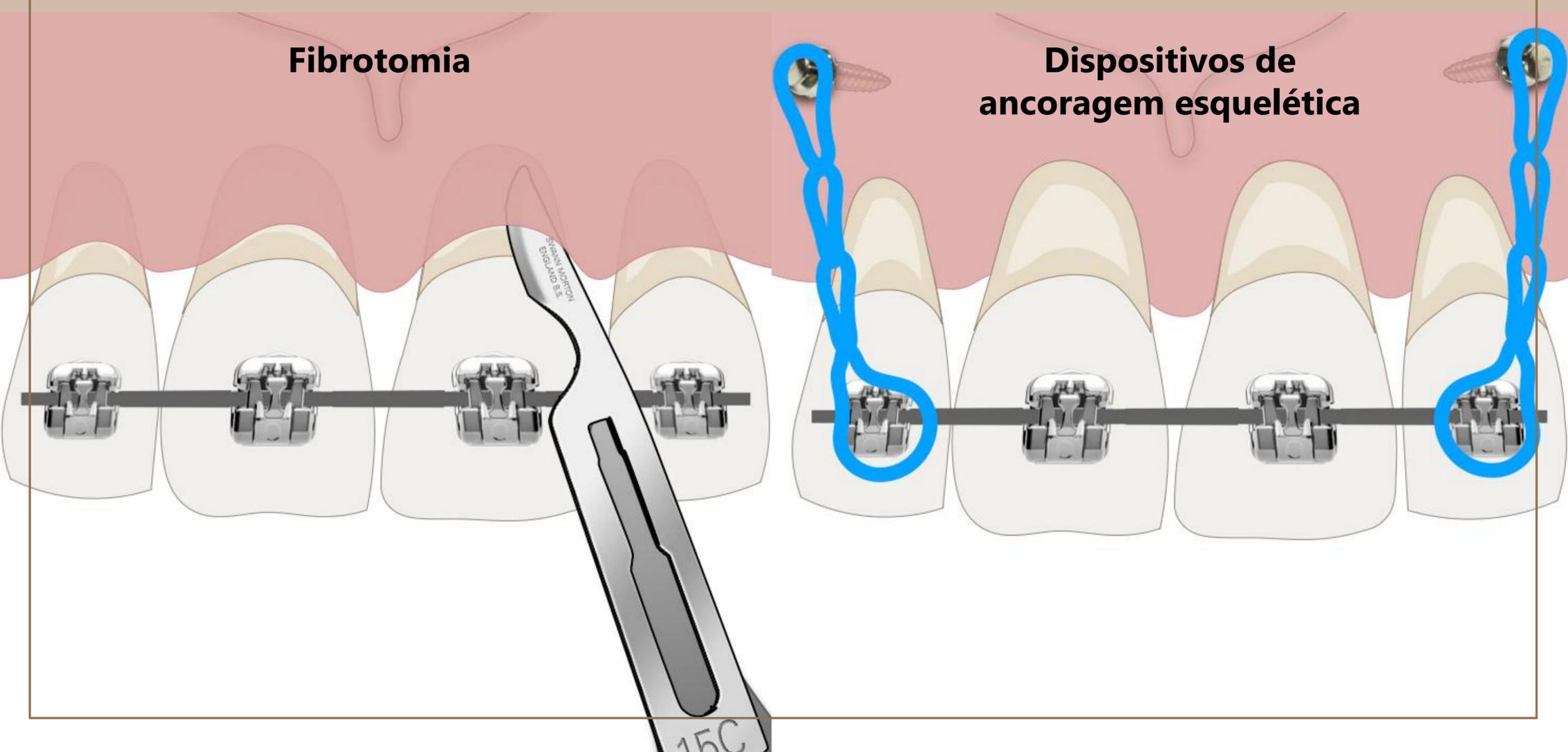
Tratamento ortodôntico após intervenção regenerativa



5.5 Como implementar a terapia ortodôntica em pacientes com periodontite estágio IV para manter/melhorar os desfechos periodontais?

Em pacientes com periodontite severa (estágio IV ou equivalente) com indicação de tratamento ortodôntico para manter/melhorar a estabilidade periodontal:

- **Sugere-se o uso de aparelhos fixos** em vez de removíveis, com base na eficácia desses dispositivos e em um estudo clínico que demonstrou benefícios na redução da profundidade de sondagem ao utilizar aparelhos fixos em comparação aos removíveis. Não foram identificados danos significativos aos tecidos periodontais, outros tecidos dentários ou estruturas associadas ao uso de aparelhos fixos convencionais (bráquetes), exceto pelo aumento em acúmulo do biofilme supragengival, decorrente das dificuldades nas práticas de higiene oral, que, contudo, podem ser devidamente controladas (Herrera et al., 2022).
- O uso de **fibrotomia como complemento ao movimento dentário ortodôntico pode ser considerado** para melhorar os desfechos periodontais (Herrera et al., 2022).
- **Dispositivos de ancoragem esquelética** (implantes ou dispositivos temporários de ancoragem — microparafusos ou miniplacas) **podem ser utilizados** para aumentar a eficácia dos movimentos ortodônticos (Herrera et al., 2022).



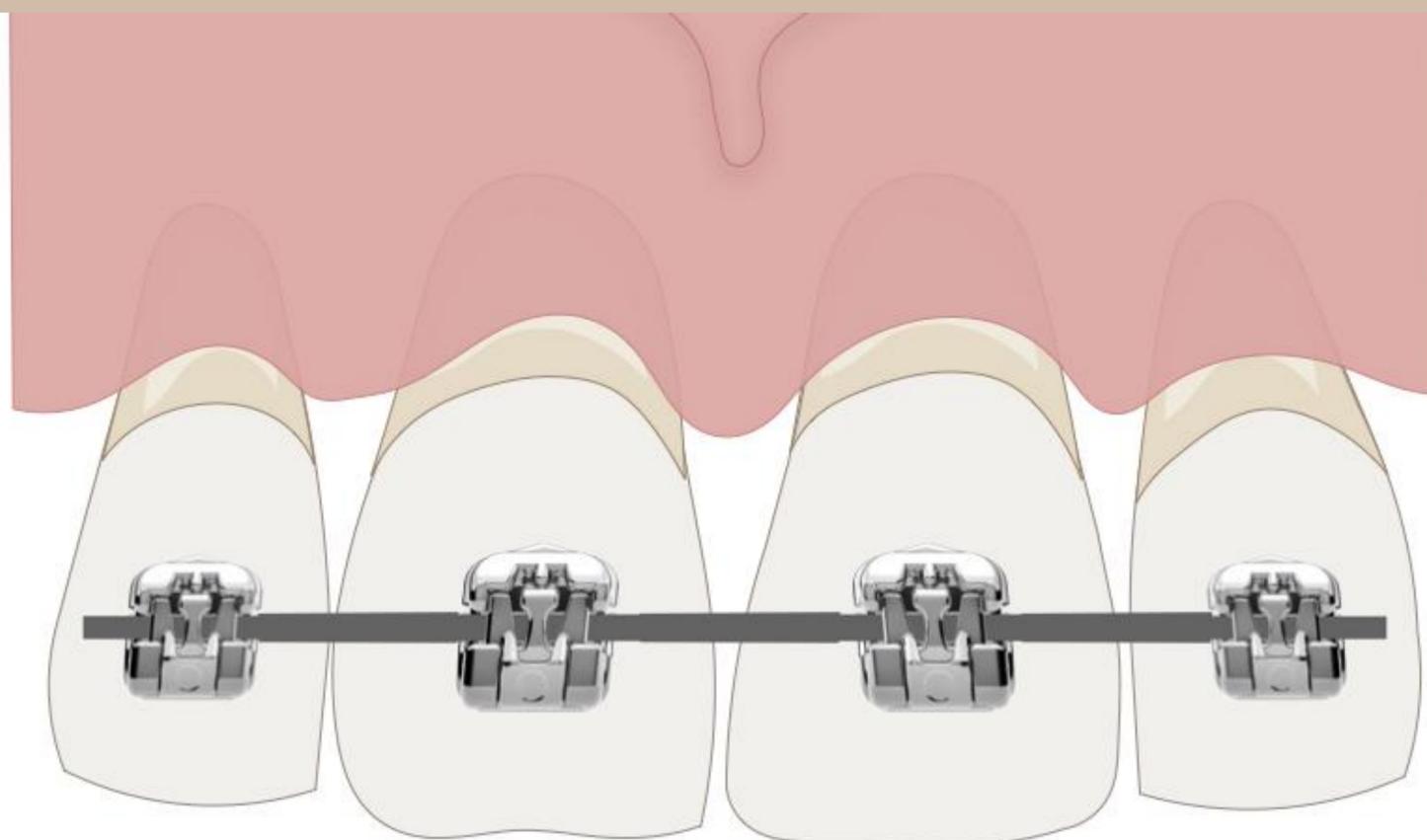
5.6 Como manejar pacientes com periodontite estágio IV durante e após a conclusão da terapia ortodôntica para prevenir a recorrência da periodontite?

Durante o tratamento ortodôntico, **o estado periodontal do paciente deve ser monitorado e manejado cuidadosamente, em cada consulta ortodôntica. Caso sejam detectados sinais de recorrência da periodontite, a terapia ortodôntica ativa deve ser interrompida**, e os dentes afetados devem ser mantidos passivamente enquanto se realiza o tratamento periodontal e o reforço da higiene oral. Assim que a saúde/estabilidade periodontal for restabelecida, a terapia ortodôntica pode ser retomada (Herrera et al., 2022).

Recomenda-se que, após a conclusão do tratamento ortodôntico, sejam fornecidos cuidados periodontais de suporte vitalícios e retenção ortodôntica vitalícia, personalizados de acordo com as necessidades e o perfil de risco **individual do paciente (Herrera et al., 2022)**.

5.7 Como alcançar a estabilidade da dentição tratada ortodonticamente em pacientes com periodontite estágio IV?

Recomenda-se que uma **contenção passiva fixa permanente**, adequadamente projetada (com ou sem contenção removível adicional), seja utilizada após a conclusão da terapia ortodôntica (Herrera et al., 2022). Recomenda-se que os pacientes sejam incluídos em um **protocolo de suporte vitalício para identificar precocemente falhas nos dispositivos de contenção e/ou movimentos dentários indesejados** (Herrera et al., 2022).



Monitoramento cuidadoso do **estado periodontal**



Capítulo 6:

Recomendações clínicas: estratégia geral para o manejo de pacientes parcialmente edêntulos que necessitam de reabilitação parcial (fenótipo 3) ou reabilitação de arco completo (fenótipo 4)



Capítulo 6: Recomendações clínicas: estratégia geral para o manejo de pacientes parcialmente edêntulos que necessitam de reabilitação parcial (fenótipo 3) ou reabilitação de arco completo (fenótipo 4)

Em pacientes com periodontite estágio IV, a reabilitação protética deve seguir princípios biológicos e reabilitadores adaptados às necessidades específicas desse grupo de pacientes. Questões-chave a serem consideradas, incluem:

- **Identificação das necessidades restauradoras, com ênfase em limitar a extensão do tratamento protético**, garantindo conforto ao paciente e estabilidade à reabilitação.
- **Identificação da necessidade de próteses dentárias provisórias.**
- Determinação do **momento adequado para a entrega de próteses provisórias e definitivas.**
- Avaliação da **necessidade e do momento ideal** para a instalação de **implantes dentários** (Herrera et al., 2022).

Esta seção tem como objetivo apresentar recomendações sobre os princípios gerais de manejo em pacientes com dentição comprometida devido à periodontite estágio IV



Paciente Periodontite Estágio IV com necessidade de reabilitação:
Determinação das necessidades reabilitadoras

6.1 Qual a importância de identificar as necessidades restauradoras no caso individual de pacientes com periodontite estágio IV?

Recomenda-se que as **necessidades restauradoras** de pacientes parcialmente edêntulos com periodontite estágio IV sejam **identificadas com base no padrão de perda dentária (distribuição e localização dos dentes perdidos), nas necessidades funcionais e estéticas individuais, no conforto do paciente e nos fatores prognósticos**. O nível de função e o design da reabilitação devem ser compatíveis com a estabilidade do caso ao longo do tempo (Herrera et al., 2022).



Avaliação do padrão de perda dentária, das **necessidades funcionais e estéticas individuais**, do **conforto do paciente** e dos **fatores prognósticos**

6.2 Há necessidade de restaurações provisórias em pacientes com periodontite estágio IV? Quando devem ser implementadas?

A instalação de uma **prótese provisória** pode ser indicada no início da terapia periodontal, desde que o paciente apresente **uma higiene oral adequada** (Herrera et al., 2022).

Essas restaurações intermediárias podem ser úteis para: **proporcionar paradas oclusais posteriores estáveis, reduzir o trauma oclusal secundário, substituir dentes funcionalmente importantes ou melhorar o conforto do paciente** (Herrera et al., 2022).

Idealmente, a **decisão de inserir uma restauração provisória deve ser baseada na resposta individual à terapia periodontal, avaliada durante a reavaliação periodontal após a conclusão do segundo passo do tratamento periodontal** (Herrera et al., 2022).

No entanto, os benefícios dessas próteses provisórias no plano de tratamento podem frequentemente exigir a sua inserção o mais cedo possível. É importante ressaltar que a antecipação da restauração provisória no plano de tratamento não deve comprometer o controle adequado do biofilme supragengival no passo 1 do tratamento periodontal, cujo principal objetivo é garantir a remoção eficaz do biofilme por meio de ações realizadas tanto pelo paciente quanto pelo profissional (Herrera et al., 2022).

Próteses **provisórias**



6.3 Quais são os princípios gerais para o design e entrega de próteses dentárias em pacientes com periodontite estágio IV?

Recomenda-se que as **próteses dentárias sejam projetadas para permitir medidas ótimas de higiene oral realizadas pelo próprio paciente e para facilitar a remoção mecânica profissional do biofilme** (Herrera et al., 2022).

Recomenda-se que a **entrega da prótese definitiva seja realizada somente após uma avaliação final da capacidade de manutenção e do prognóstico dos dentes pilares/implantes** (Herrera et al., 2022).

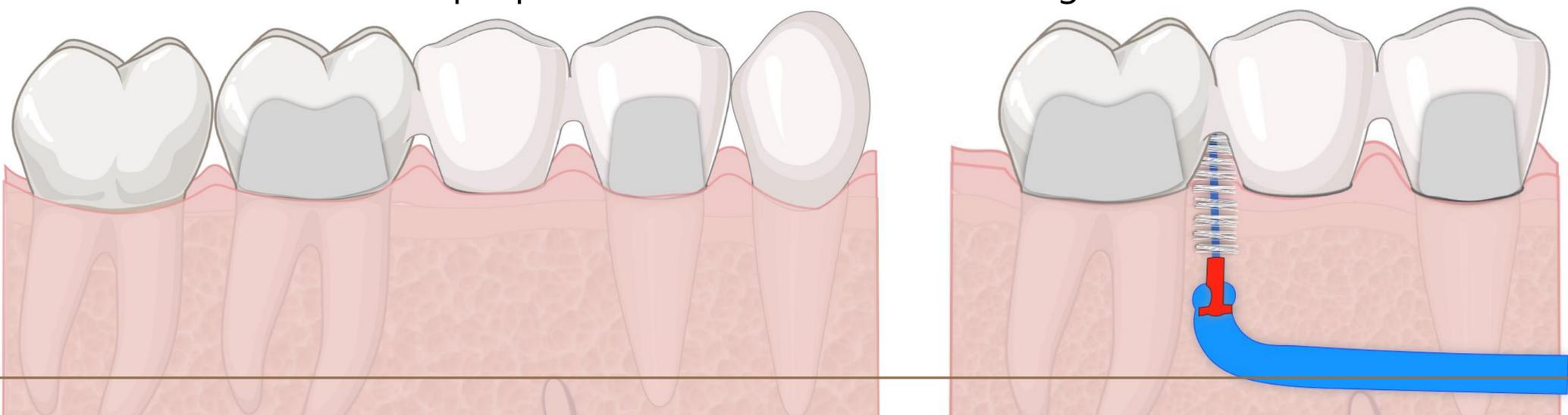
O controle do biofilme oral é fundamental para a longevidade da dentição e da reabilitação, especialmente em indivíduos com periodontite estágio IV, que demonstram alta suscetibilidade à doença. As restaurações podem tornar o acesso e a eficácia do controle de biofilme realizado pelo próprio paciente, bem como a remoção mecânica profissional do biofilme, mais desafiadores.

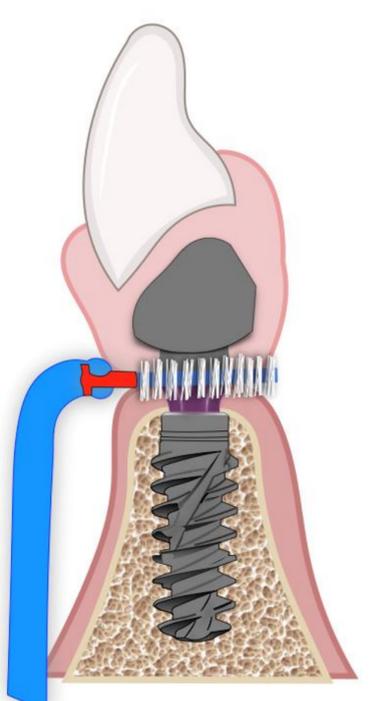
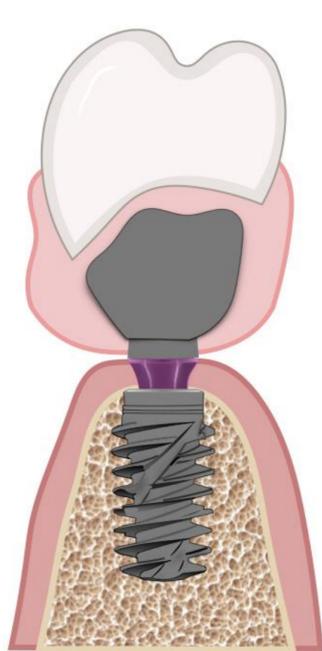
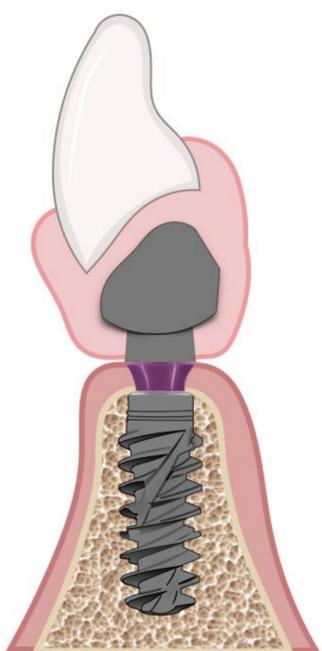
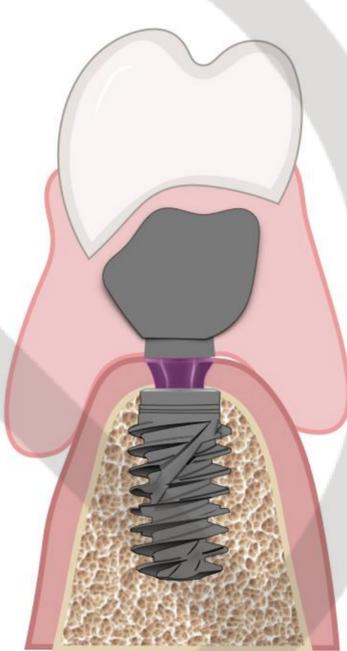
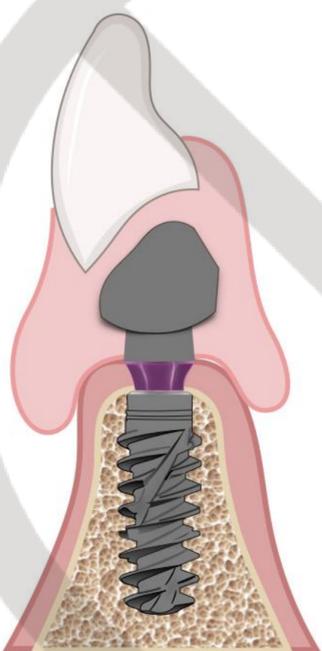
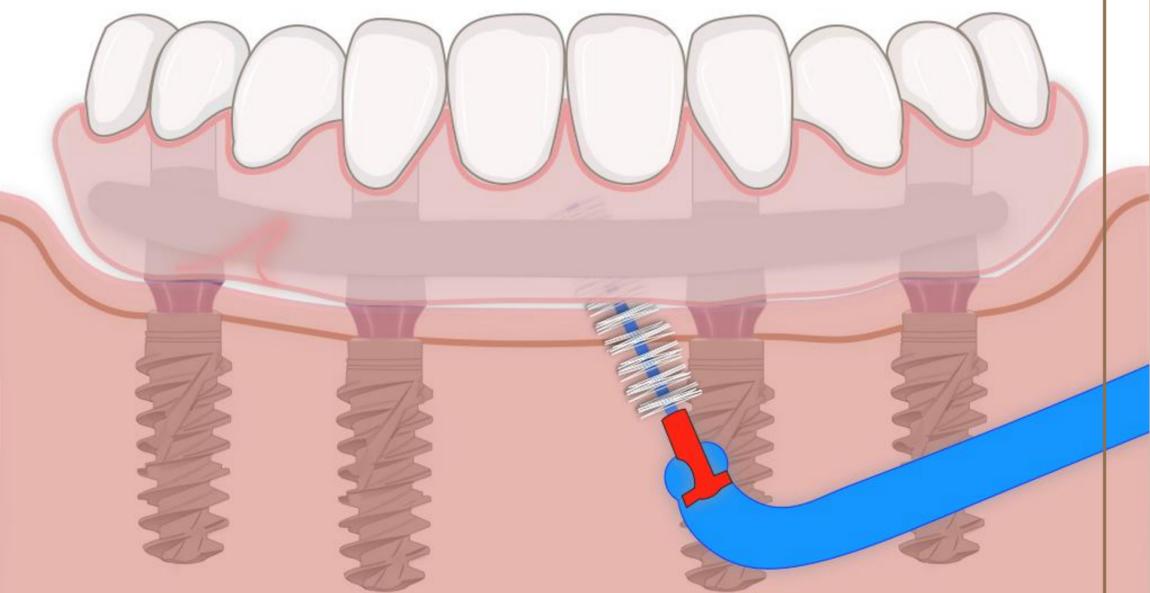
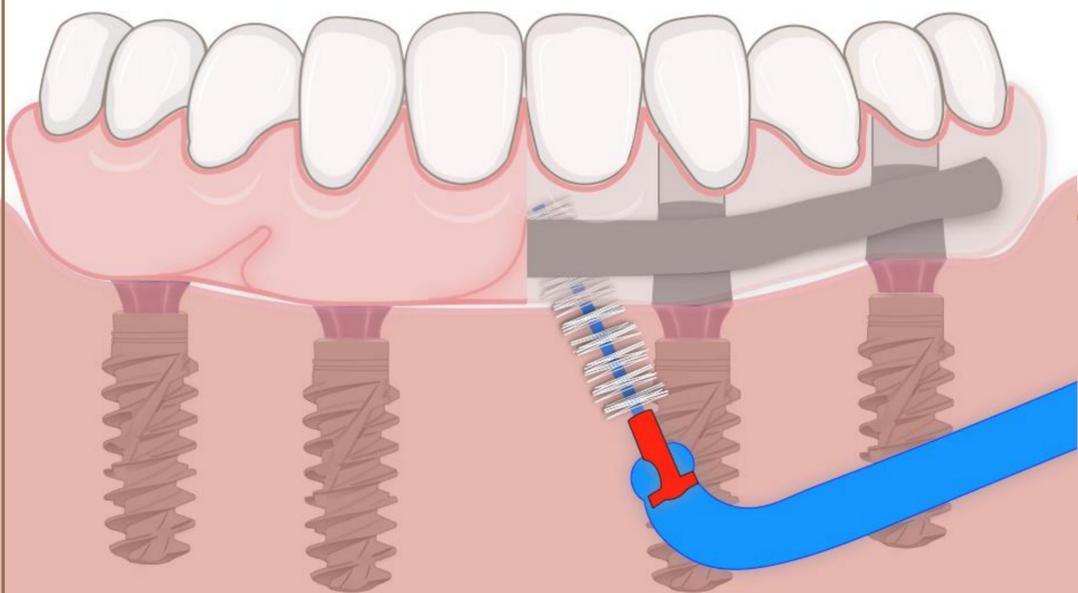
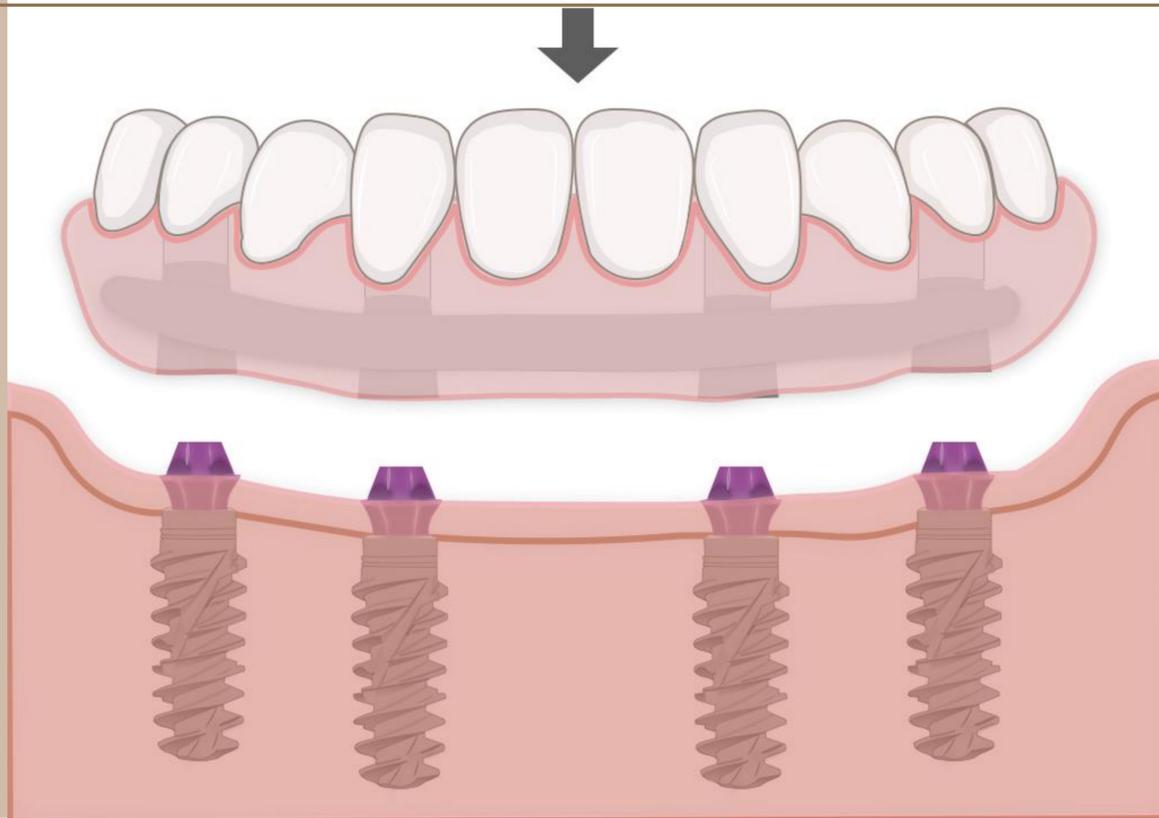
Embora as restaurações sejam projetadas principalmente para restaurar a função, elas **devem permitir o controle ideal do biofilme na interface crítica entre a restauração, a superfície do dente/raiz ou implante e os tecidos moles (gengiva, mucosa peri-implantar ou mucosa do rebordo alveolar)** (Herrera et al., 2022).

O planejamento e a execução dessas restaurações devem **preservar o acesso necessário para dispositivos de higiene oral, como escovas interdentais ou fio dental, bem como instrumentos para remoção mecânica profissional de placa (tanto supra quanto subgengival). Além disso, as próteses devem ser planejadas de forma a prevenir a impacção alimentar.** O design deve ser finalizado com a prótese dentária provisória, e a obtenção da saúde tecidual deve ser verificada juntamente com a capacidade de manutenção dos pilares antes da inserção da prótese final (Herrera et al., 2022).

A inserção da prótese dentária definitiva deve ocorrer após a conclusão da terapia periodontal ativa e a obtenção da estabilidade periodontal e funcional (Herrera et al., 2022).

Próteses que permitam medidas ótimas de higiene oral



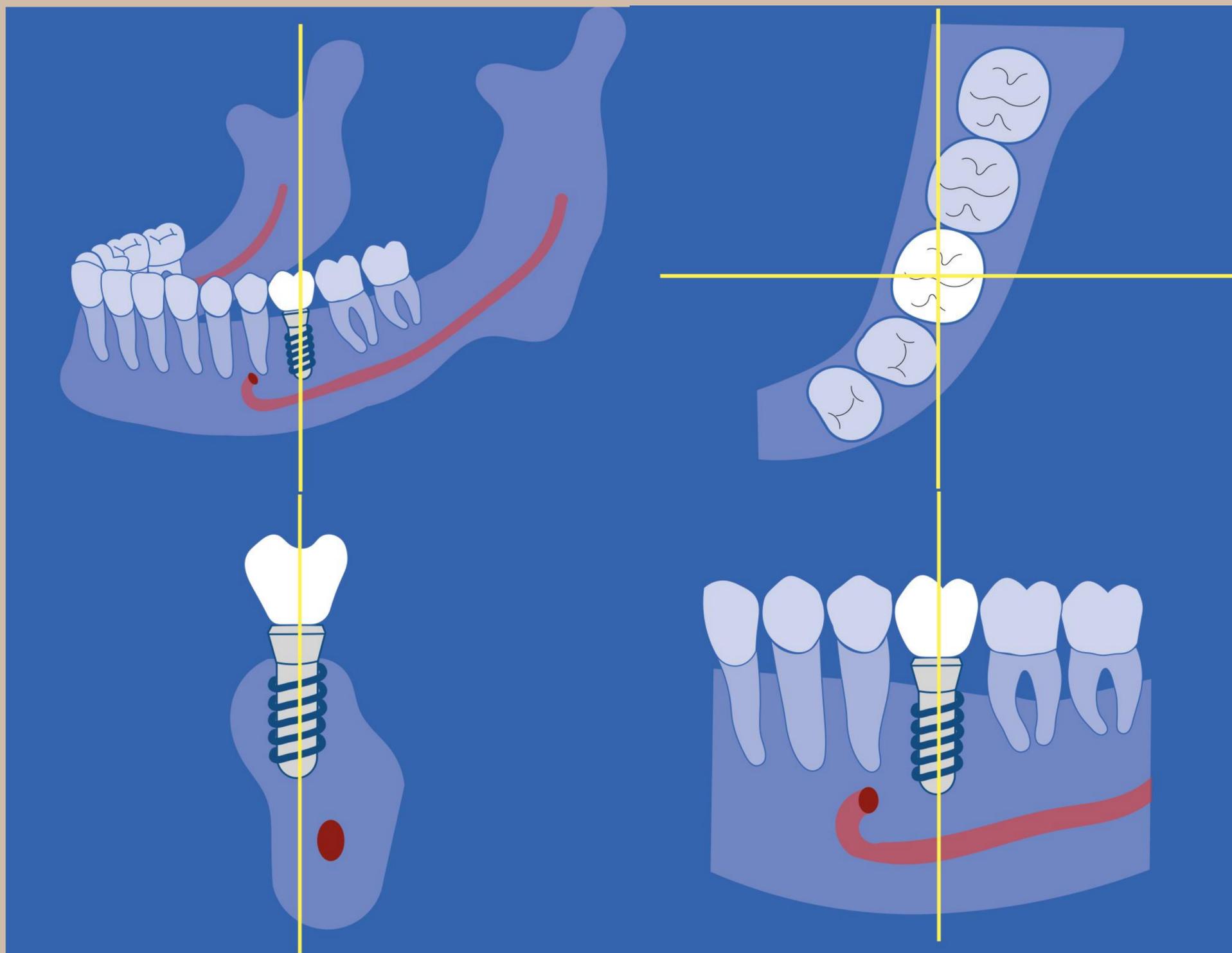


6.4 Quais são as considerações gerais ao incorporar implantes dentários em pacientes com periodontite estágio IV?

Quando implantes dentários são considerados na reabilitação de pacientes com periodontite estágio IV, é recomendado verificar:

- Ausência de contraindicações para a cirurgia;
- Dimensões dos tecidos duros e moles na área a ser reabilitada;
- Necessidade de aumento dos tecidos moles e/ou de tecidos duros (Herrera et al., 2022).

A complexidade do procedimento pode variar desde casos simples, sem necessidade de enxertos, até reabilitações complexas que exigem intervenções cirúrgicas adicionais. Com o aumento da complexidade na colocação do implante, seu desempenho clínico pode diminuir, impactando a relação custo-benefício e sua atratividade em relação a alternativas. Essas considerações integram a avaliação estratégica que contribui para a definição do plano de tratamento do caso individual (Herrera et al., 2022).



Necessária **avaliação clínica e radiográfica** dos tecidos duros e moles na área a ser reabilitada

6.5 Quais são as considerações específicas ao incorporar implantes dentários em pacientes com periodontite estágio IV?

Quando implantes dentários são considerados na reabilitação de pacientes com periodontite estágio IV, **recomenda-se que os pacientes sejam informados sobre o aumento do risco de peri-implantite e perda de implantes** (Herrera et al., 2022).

Pacientes com formas avançadas ou de progressão rápida de periodontite apresentam um risco significativamente maior de perda de implantes e peri-implantite em comparação com a população geral ou com indivíduos sem histórico de periodontite (Schwarz et al., 2018; Carra et al., 2021).

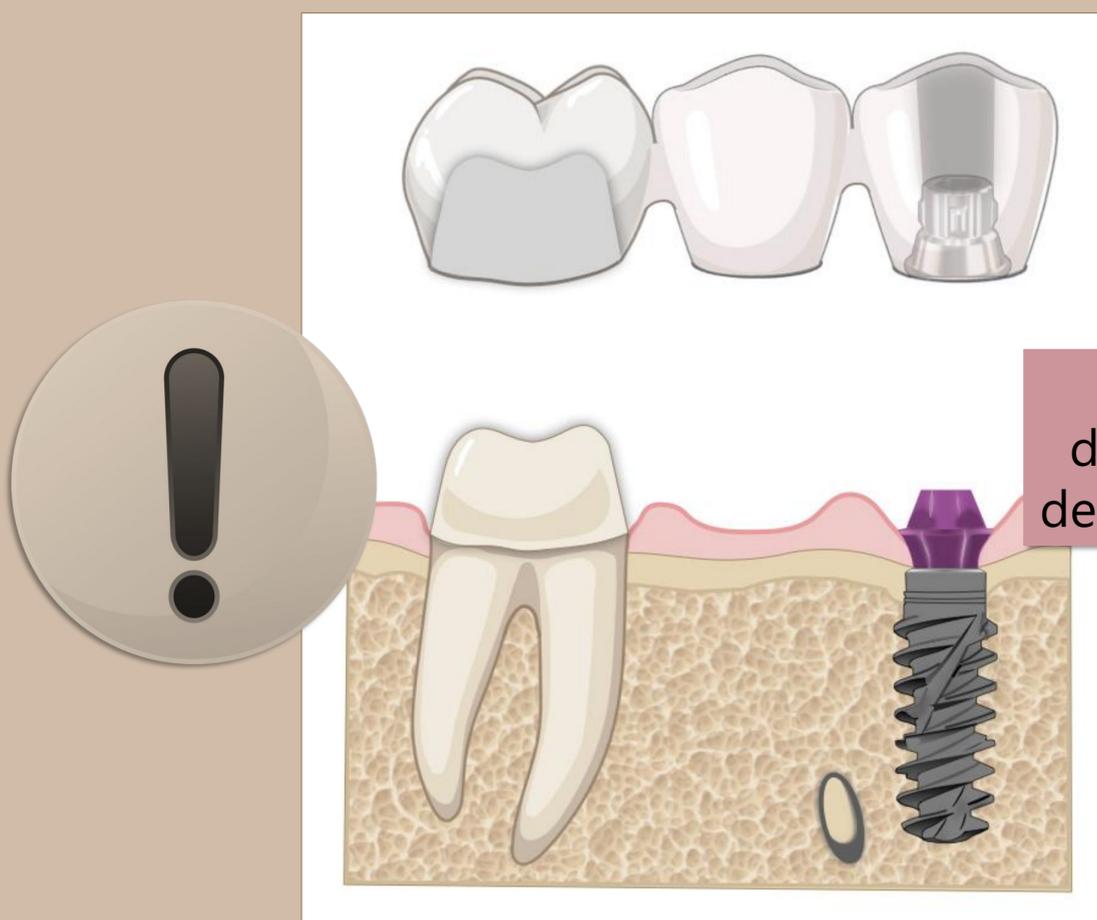
Embora parte desse risco pareça estar associada à colocação de implantes dentários antes do controle total da periodontite e, possivelmente, a indivíduos com dependência de nicotina que não conseguem parar de fumar, as evidências disponíveis não permitem descartar que uma parcela do risco aumentado associado à periodontite possa persistir mesmo após um tratamento periodontal adequado. Presumir que a saúde e a função dos implantes dentários em pacientes com periodontite estágio IV, mesmo tratados e bem mantidos, sejam equivalentes à longevidade observada para implantes na população geral é, provavelmente, uma visão otimista (Herrera et al., 2022).



Risco aumentado de **complicações biológicas** em pacientes com Periodontite

6.6 Próteses suportadas por uma combinação de dentes e implantes podem ser utilizadas?

Devido ao maior risco de perda dentária e falha da prótese, recomenda-se **evitar próteses dentárias fixas parciais suportadas simultaneamente por dentes e implantes**, sempre que houver alternativas viáveis. Estudos de longo prazo indicam que esse tipo de reabilitação apresenta taxas mais altas de falha e perda dentária em comparação com próteses dentárias suportadas exclusivamente por dentes ou implantes. Portanto, tais designs devem ser evitados (Herrera et al., 2022).



Não realizar a conexão de dentes e implantes por meio de próteses fixas ou removíveis



Capítulo 7:

Recomendações clínicas: parcialmente edêntulos com a
necessidade de reabilitação parcial (fenótipo 3)



Capítulo 7: Recomendações clínicas: parcialmente edêntulos com a necessidade de reabilitação parcial (fenótipo 3)

Fenótipo 3: Pacientes parcialmente edêntulos que podem ser reabilitados com próteses sem a necessidade de reabilitação total, de arco completo.

7.1 Qual é a eficácia da reabilitação protética em pacientes com periodontite estágio IV, quando a preservação dentária é viável?

Em pacientes parcialmente edêntulos com periodontite estágio IV e espaços edêntulos delimitados por dentes, diferentes opções podem ser consideradas, incluindo:

- Próteses **fixas suportadas por dentes**;
- Próteses **fixas suportadas por implantes**;
- Próteses **removíveis**;
- **Nenhuma reabilitação protética** (Herrera et al., 2022).

Pacientes com histórico de periodontite apresentam maior risco de complicações em reabilitações protéticas. Em **próteses fixas suportadas por implantes, a taxa de falha dos implantes foi de 5,3% após 5 anos** (intervalo de confiança de 2,9% a 7,7%), sendo considerada aceitável para equilibrar os riscos. Para próteses fixas suportadas por dentes, a **perda de dentes pilares foi de 4,8%** (IC 3,2% a 6,5%), e a falha das próteses atingiu 6,9% (IC 4,1% a 9,7%), demonstrando ser uma opção válida para restaurar a função (Herrera et al., 2022).

Já as próteses removíveis apresentaram maior variabilidade, com **falha de dentes pilares variando entre 16% e 48%, e, em outro estudo, entre 9% e 15% em próteses classe III ou IV de Kennedy**, destacando a necessidade de avaliação cuidadosa do caso (Herrera et al., 2022) (Herrera et al., 2022).



7.2 Quando indicar próteses fixas convencionais e próteses adesivas em pacientes com periodontite estágio IV?

Próteses fixas suportadas por dentes são recomendadas quando os dentes pilares forem tratáveis do ponto de vista periodontal e restauráveis (Herrera et al., 2022).

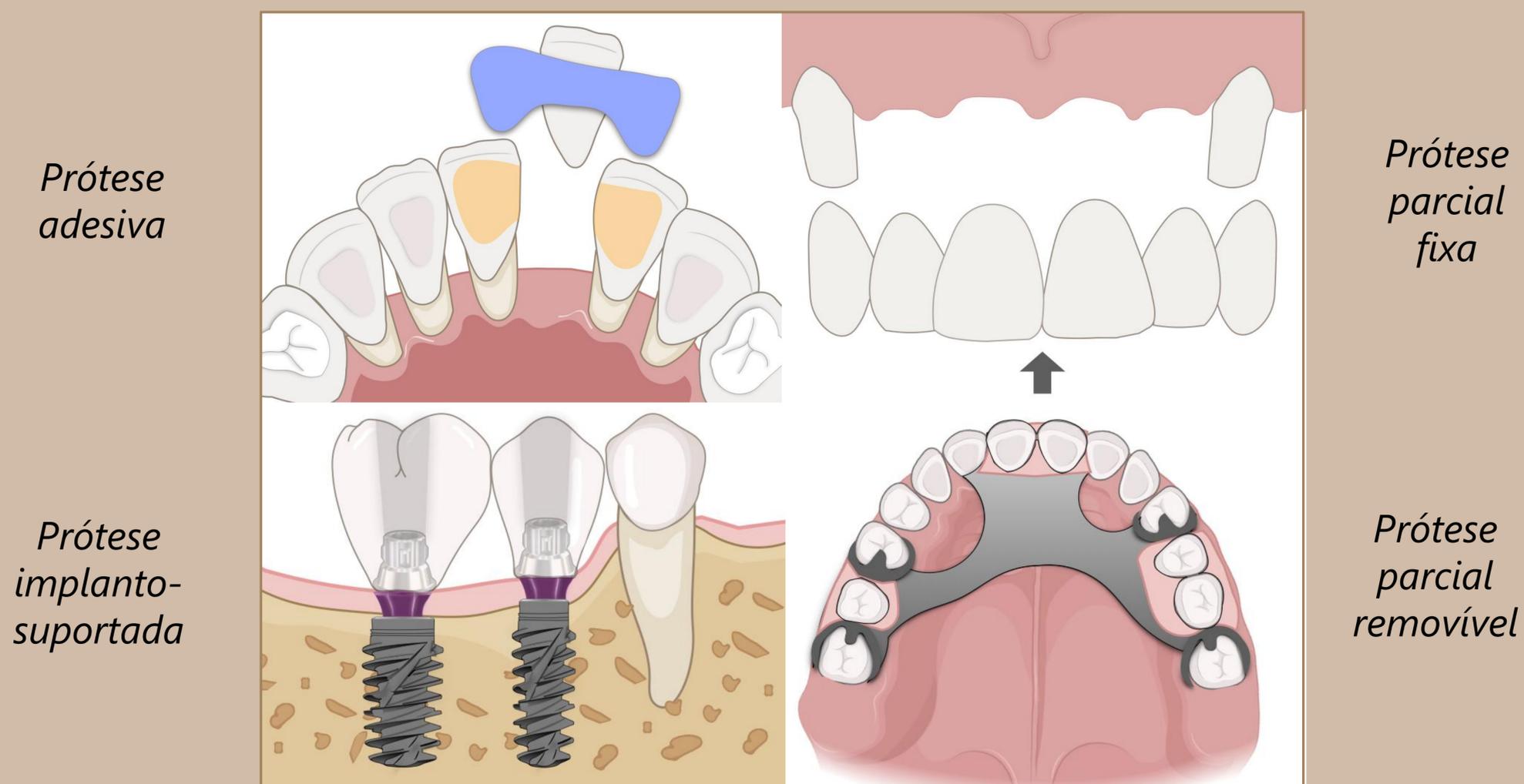
Próteses fixas adesivas podem ser indicadas para pequenos espaços edêntulos delimitados por dentes, preferencialmente na região anterior). Sugere-se que estas não sejam utilizadas para grandes espaços edêntulos (Herrera et al., 2022).

7.3 Quando indicar próteses fixas suportadas por implantes em pacientes com periodontite estágio IV?

As próteses fixas suportadas por implantes são indicadas quando os dentes pilares não são tratáveis do ponto de vista periodontal ou restauráveis (Herrera et al., 2022).

7.4 Quando indicar próteses parciais removíveis em pacientes com periodontite estágio IV?

Próteses dentárias removíveis com estrutura metálica podem ser consideradas como opções de tratamento provisório ou definitivo quando uma solução fixa não for uma opção viável (Herrera et al., 2022).



7.5 Em pacientes com dentição comprometida do ponto de vista periodontal, qual é a eficácia de várias opções de próteses para a reabilitação de edentulismo posterior unilateral ou bilateral (extremidade livre)?

Para a reabilitação de pacientes parcialmente edêntulos com periodontite estágio IV e situações de edentulismo posterior unilateral ou bilateral, diferentes opções podem ser consideradas, incluindo:

- **Arco dental encurtado;**
- **Próteses fixas suportadas por implantes;**
- **Próteses removíveis** (Herrera et al., 2022).

Em pacientes com histórico de periodontite, as próteses fixas suportadas por implantes apresentaram uma **taxa de falha dos implantes de 5,3% após 5 anos** (intervalo de confiança entre 2,9% e 7,7%), sendo uma opção considerada aceitável para equilibrar os riscos, apesar da maior suscetibilidade à peri-implantite e à perda de implantes (Herrera et al., 2022).

O uso do arco dental encurtado demonstrou menor risco de perda dentária em comparação com próteses removíveis, embora nem sempre os resultados sejam significativos. Além disso, o arco dental encurtado está **associado a menor acúmulo de biofilme supragengival, menor inflamação gengival e menos recessão gengival, em comparação com dentes pilares de próteses removíveis, sem comprometer a eficiência mastigatória, o estado nutricional ou a qualidade de vida** (Herrera et al., 2022).

Por outro lado, **próteses removíveis apresentam taxas de falha de dentes pilares variando entre 9% e 48% e maior risco de perda dentária em comparação com nenhum tratamento,** embora nem sempre de forma significativa. Não foi possível atribuir esses valores a classes específicas de Kennedy. Estudos também indicam maior acúmulo de placa, inflamação gengival e recessão em dentes pilares de próteses removíveis, **sem evidências consistentes de melhoria na mastigação, nutrição ou qualidade de vida em relação ao arco dental encurtado** (Herrera et al., 2022).



Edentulismo posterior unilateral ou bilateral

7.6 Quando optar por arco dental encurtado em pacientes com periodontite estágio IV que apresentam edentulismo posterior unilateral ou bilateral (extremidade livre)?

A substituição dentária pode ser dispensada em situações de extremidade livre quando o paciente apresenta um arco dental encurtado funcionalmente adequado, com unidades mastigatórias suficientes (exemplo: segundo pré-molar a segundo pré-molar), desde que não haja:

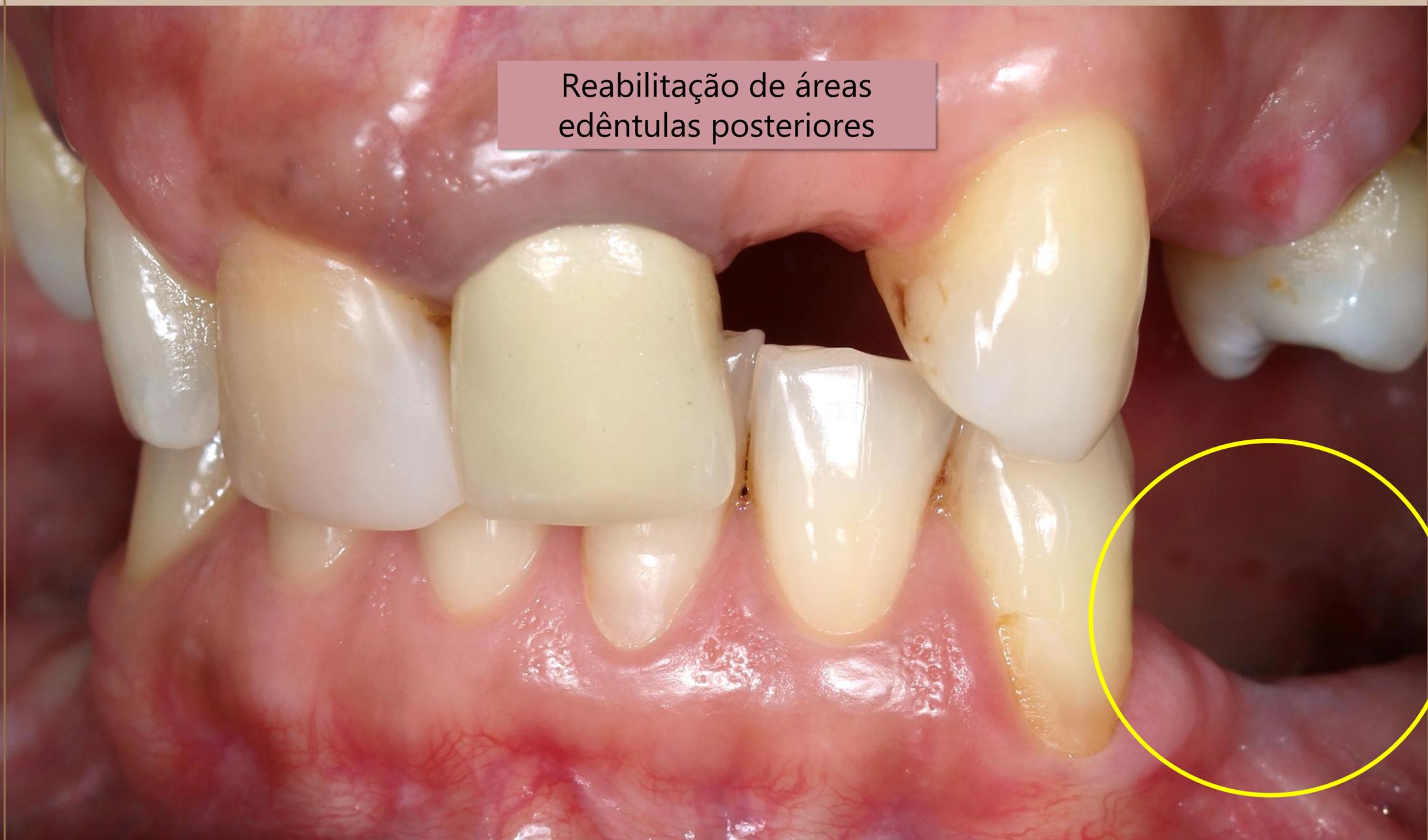
- Risco evidente de migração dentária patológica;
- Queixas de desconforto mastigatório ou funcional (Herrera et al., 2022).

7.7 Quando optar por reabilitação implanto-suportada ou próteses parciais removíveis em pacientes com periodontite estágio IV que apresentam edentulismo posterior unilateral ou bilateral (extremidade livre)?

Em pacientes com periodontite estágio IV e **situações de extremidade livre que necessitam de unidades oclusais adicionais**, sugere-se o uso de **próteses dentárias fixas suportadas por implantes** (Herrera et al., 2022).

Quando os implantes não são uma opção, sugere-se o uso de próteses dentárias removíveis com estrutura metálica.

Reabilitação de áreas edêntulas posteriores



Capítulo 8:

Recomendações clínicas: parcialmente edêntulos com a necessidade de reabilitação de arco completo (fenótipo 4)



Capítulo 8: Recomendações clínicas: parcialmente edêntulos com a necessidade de reabilitação de arco completo (fenótipo 4)

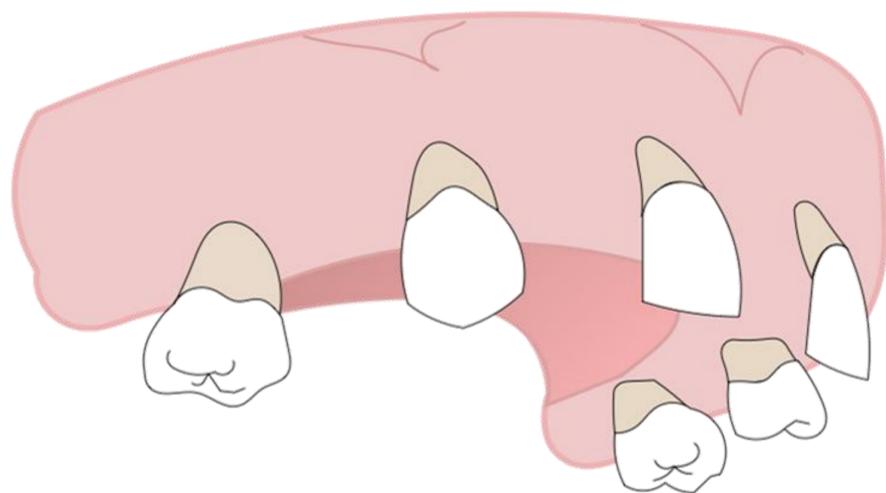
Fenótipo 4: Pacientes parcialmente edêntulos que necessitam de reabilitação total, de arco completo, seja suportada por dentes ou implantes.

8.1 Em pacientes com dentição comprometida devido à periodontite estágio IV, qual é o desempenho de próteses fixas de arco completo suportadas por dentes?

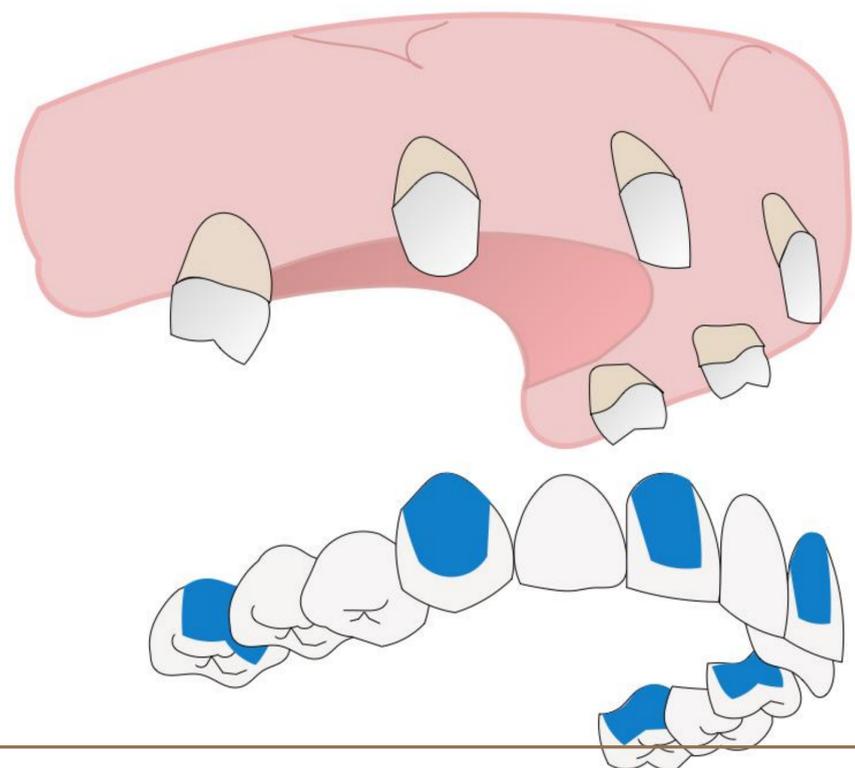
Em pacientes com periodontite estágio IV que possuem pelo menos **4 dentes pilares bilateralmente distribuídos, tratáveis do ponto de vista periodontal e restauráveis na maxila e/ou na mandíbula, recomenda-se o uso de uma prótese dentária fixa de arco completo suportada por dentes** (Herrera et al., 2022).

Próteses fixas de arco completo suportadas por dentes apresentaram uma taxa de perda dentária de 4,9% ao longo de 13 anos e uma taxa de falha das restaurações de 4,6% em 10 anos, segundo os estudos disponíveis. A ocorrência de complicações técnicas foi relativamente baixa, com uma taxa de 8% durante um acompanhamento de 7 anos (Herrera et al., 2022).

Apesar disso, essas próteses **podem não atender a necessidades específicas de todos os pacientes, especialmente aqueles que necessitam de suporte adicional para tecidos vestibulares e lábios, ou** apresentam dentes pilares excessivamente longos, o que pode comprometer a estética. Além disso, **custos elevados e maior complexidade técnica** podem levar alguns pacientes a optarem por soluções paliativas, como próteses provisórias ou próteses totais. É importante ressaltar que os estudos disponíveis não avaliaram os parâmetros econômicos dessa abordagem (Herrera et al., 2022).



Próteses fixas de arco completo suportadas por dentes



8.2 Em pacientes com dentição comprometida devido à periodontite estágio IV, qual é o desempenho de próteses removíveis de arco completo suportadas por dentes?

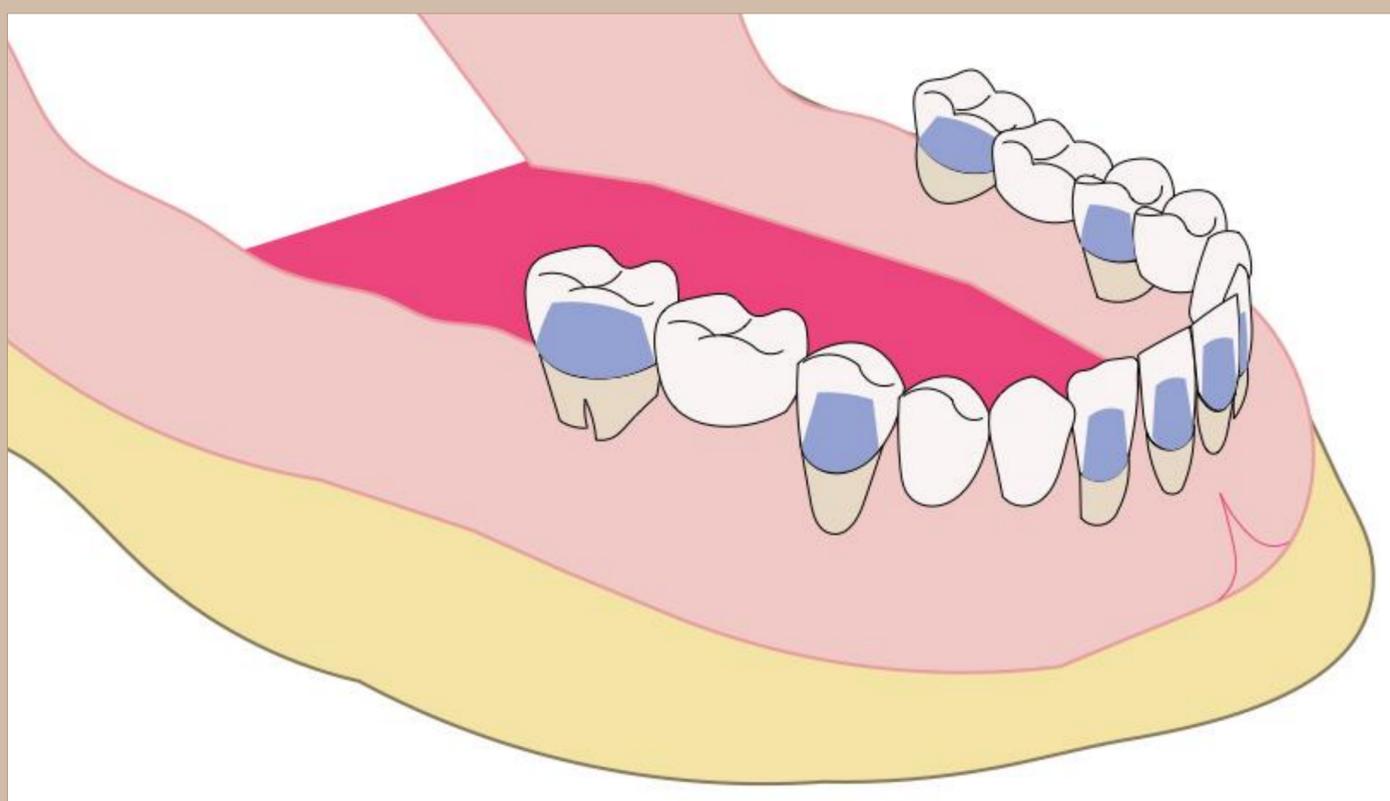
Em pacientes com periodontite estágio IV que **apresentam um número/distribuição insuficiente de dentes tratáveis do ponto de vista periodontal para suportar uma prótese fixa de arco completo**, uma **prótese removível de arco completo suportada por dentes (*overdenture*)** pode ser considerada.

Esta abordagem pode ser realizada por meio de **diferentes sistemas de retenção/encaixe (por exemplo, sistemas de bola-cap ou magnéticos)**, e os **dentes pilares podem ser conectados ou não por meio de uma estrutura** (Herrera et al., 2022).

Para este tipo de prótese, observa-se uma taxa de falha dentária variando de 0% a 14% ao longo de um acompanhamento médio ponderado de 36,9 meses. Os estudos retrospectivos relataram taxas de falha variando de 6% a 66% no nível do dente (acompanhamento médio ponderado de 83,3 meses) e de 0% a 62% no nível da prótese (acompanhamento médio ponderado de 75,2 meses) (Herrera et al., 2022).

As evidências indicam grande variabilidade nos resultados, com taxas heterogêneas de sobrevivência das próteses e dos dentes. Além disso, a ausência de informações sobre complicações deve ser considerada.

Apesar, disso, a **preservação dos dentes pilares pode oferecer um benefício psicológico para os pacientes em transição para o edentulismo total** (Herrera et al., 2022).



Overdenture suportada por **dentes**

8.4 Em pacientes com dentição comprometida devido à periodontite estágio IV, onde a preservação dentária foi considerada impossível, qual é o desempenho de próteses removíveis de arco completo suportadas por implantes?

Em pacientes com periodontite estágio IV, em que a preservação dentária não é possível e os **implantes dentários de tamanho adequado podem ser instalados, mas não número insuficiente ou posição inadequada para suportar uma prótese fixa, pode-se considerar uma prótese removível de arco completo suportada por implantes (*overdenture*)** (Herrera et al., 2022).

Durante o acompanhamento médio ponderado de 3 anos, **não foram observadas falhas das próteses** (sobrevida de 100%), enquanto a **taxa de falha dos implantes variou de 0% a 4%** (Herrera et al., 2022).

Próteses removíveis implanto-suportadas de arco completo



Próteses fixas implanto-suportadas de arco completo



REFERÊNCIAS

- Amaral, G. C. L. S., Souza, N., Huamán-Mendoza, A. A., Holzhausen, M., Romito, G. A., Pannuti, C. M., & Villar, C. C. (2023). *Tratamento das doenças periodontais—Um guia prático (Periodontite estágio I-III)* (Vol. 1). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Bäumer, A., El Sayed, N., Kim, T.-S., Reitmeir, P., Eickholz, P., & Pretzl, B. (2011). Patient-related risk factors for tooth loss in aggressive periodontitis after active periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology*, *38*(4), 347–354. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2011.01698.x>
- Hajishengallis, G., & Chavakis, T. (2021). Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. *Nature Reviews Immunology*, *21*(7), 426–440. <https://doi.org/10.1038/s41577-020-00488-6>
- Herrera, D., Sanz, M., Kerschull, M., Jepsen, S., Sculean, A., Berglundh, T., Papapanou, P. N., Chapple, I., Tonetti, M. S., & EFP Workshop Participants and Methodological Consultant. (2022). Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*, *49*(S24), 4–71. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13639>
- Holzhausen, M., Nunes de França, B., Miquelito Gasparoni, L., Sanches Rebeis, E., Cunha Villar, C., Pannuti, C. M., & Romito, G. A. (2019). *Sistema de classificação das doenças e condições periodontais* (Vol. 1). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Kwok, V., & Caton, J. G. (2007). Commentary: Prognosis revisited: a system for assigning periodontal prognosis. *Journal of Periodontology*, *78*(11), 2063–2071. <https://doi.org/10.1902/jop.2007.070210>
- Lang, N. P., Suvan, J. E., & Tonetti, M. S. (2015). Risk factor assessment tools for the prevention of periodontitis progression a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, *42 Suppl 16*, S59-70. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12350>
- Lang, N. P., & Tonetti, M. S. (1996). Periodontal diagnosis in treated periodontitis. Why, when and how to use clinical parameters. *Journal of Clinical Periodontology*, *23*(3 Pt 2), 240–250. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051x.1996.tb02083.x>
- Loos, B. G., & Needleman, I. (2020). Endpoints of active periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology*, *47 Suppl 22*(Suppl 22), 61–71. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13253>
- McGuire, M. K., & Nunn, M. E. (1996). Prognosis versus actual outcome. II. The effectiveness of clinical parameters in developing an accurate prognosis. *Journal of Periodontology*, *67*(7), 658–665. <https://doi.org/10.1902/jop.1996.67.7.658>
- Meyle, J., & Chapple, I. (2015). Molecular aspects of the pathogenesis of periodontitis. *Periodontology 2000*, *69*(1), 7–17. <https://doi.org/10.1111/prd.12104>

- Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., Flemmig, T. F., Garcia, R., Giannobile, W. V., Graziani, F., Greenwell, H., Herrera, D., Kao, R. T., Kebschull, M., Kinane, D. F., Kirkwood, K. L., Kocher, T., Kornman, K. S., Kumar, P. S., ... Tonetti, M. S. (2018). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of Periodontology*, *89 Suppl 1*, S173–S182. <https://doi.org/10.1002/JPER.17-0721>
- Ravidà, A., Qazi, M., Troiano, G., Saleh, M. H. A., Greenwell, H., Kornman, K., & Wang, H.-L. (2020). Using periodontal staging and grading system as a prognostic factor for future tooth loss: A long-term retrospective study. *Journal of Periodontology*, *91(4)*, 454–461. <https://doi.org/10.1002/JPER.19-0390>
- Ravidà, A., Travan, S., Saleh, M. H. A., Greenwell, H., Papapanou, P. N., Sanz, M., Tonetti, M., Wang, H.-L., & Kornman, K. (2021). Agreement among international periodontal experts using the 2017 World Workshop classification of periodontitis. *Journal of Periodontology*, *92(12)*, 1675–1686. <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0825>
- Sanz, M., Herrera, D., Kebschull, M., Chapple, I., Jepsen, S., Beglundh, T., Sculean, A., Tonetti, M. S., & EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. (2020). Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *Journal of Clinical Periodontology*, *47 Suppl 22(Suppl 22)*, 4–60. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13290>
- Sanz, M., Papapanou, P. N., Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. (2020). Guest editorial: Clarifications on the use of the new classification of periodontitis. *Journal of Periodontology*, *91(11)*, 1385. <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0166>
- Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2018). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Periodontology*, *89 Suppl 1*, S159–S172. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0006>
- Tonetti, M. S., & Sanz, M. (2019). Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *Journal of Clinical Periodontology*, *46(4)*, 398–405. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13104>
- Uy, S. N. M. R., Deng, K., Fok, C. T. C., Fok, M. R., Pelekos, G., & Tonetti, M. S. (2022). Food intake, masticatory function, tooth mobility, loss of posterior support, and diminished quality of life are associated with more advanced periodontitis stage diagnosis. *Journal of Clinical Periodontology*, *49(3)*, 240–250. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13588>