



Disciplina de Periodontia
Departamento de Estomatologia
FO-USP

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS E CONDIÇÕES PERIODONTAIS



São Paulo
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Como citar: Holzhausen M, França BN, Gasparoni LM, Rebeis ES, Saraiva L, Villar CC, Pannuti CM, Romito GA. Sistema de classificação das doenças e condições periodontais [Internet]. São Paulo:Faculdade de Odontologia da USP; 2019.

Catálogo da Publicação

H762s Holzhausen, Marinella.

Sistema de classificação das doenças e condições periodontais [livro eletrônico] / [Coord.] Marinella Holzhausen. [Aut.] Bruno Nunes de França, Letícia Miquelitto Gasparoni, Estela Sanches Rebeis...[et al]. – São Paulo : Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

Publicação digital

ISBN 978-85-7040-034-5

1. Sistemas de classificação. 2. Doenças periodontais. 3. Periodontite. I. Holzhausen, Marinella. II. Título

CDD 617.632

Marinella Holzhausen (Coordenadora)

Professora Doutora da Disciplina de Periodontia – FO-USP.

Bruno Nunes de França

Doutorando em Ciências Odontológicas (Periodontia) – FO-USP.

Letícia Miquelitto Gasparoni

Doutoranda em Ciências Odontológicas (Periodontia) – FO-USP.

Estela Sanches Rebeis

Mestra em Ciências Odontológicas (Periodontia) – FO-USP.

Luciana Saraiva

Professora Doutora da Disciplina de Periodontia – FO-USP.

Cristina Cunha Villar

Professora Doutora da Disciplina de Periodontia – FO-USP.

Claudio Mendes Pannuti

Professor Associado da Disciplina de Periodontia – FO-USP.

Giuseppe Alexandre Romito

Professor Titular da Disciplina de Periodontia – FO-USP.

SUMÁRIO

1	Qual a razão de classificarmos as doenças e condições periodontais?	6
2	Quais os conhecimentos clínicos que devo possuir para realizar uma correta classificação periodontal?	8
	2.1 Determinação da Profundidade Clínica de Sondagem.....	8
	2.2 Determinação do Nível Clínico de Inserção.....	9
	2.3 Determinação da presença de sangramento à sondagem/ Porcentagem de sangramento à sondagem.....	10
	2.4 Determinação da extensão da gengivite	10
	2.5 Determinação da complexidade da periodontite: perda óssea horizontal <i>versus</i> vertical	11
	2.6 Determinação da complexidade da periodontite: envolvimento de furca	12
	2.7 Determinação da complexidade da periodontite: mobilidade	13
	2.8 Determinação da extensão e distribuição da periodontite	13
	2.9 Determinação da progressão da periodontite: porcentagem de perda óssea/idade/fenótipo do caso.....	14
	2.10 Determinação da presença de fatores de risco modificadores: fumo e diabetes.....	14
	2.11 Determinação da presença de defeitos mucogengivais: fenótipo periodontal (biótipo gengival)/tipo de retração	15
3	Quais as principais classes de doenças ou condições periodontais?..	16
4	Como classificar a condição de saúde periodontal e saúde gengival?.	16
5	Como classificar a presença de gengivite induzida pelo biofilme?.....	17
6	Como classificar as doenças gengivais não induzidas pelo biofilme? .	19
7	Como classificar a presença de periodontite?	20
8	Como classificar a presença de doenças periodontais necrosantes? ..	21

9	Como classificar a presença de periodontite?	22
9.1	Estádios de periodontite	22
9.2	Graus de periodontite	23
9.3	Árvores de decisão clínica para o diagnóstico dos estágios e graus de periodontite	24
9.3.1	<i>Paciente novo</i>	24
9.3.2	<i>Suspeita de periodontite</i>	26
9.3.3	<i>Estabelecimento do estágio de periodontite</i>	26
9.3.4	<i>Estádios III e IV versus I e II</i>	29
9.3.5	<i>Estádios I, II, III e IV</i>	31
9.3.6	<i>Estabelecimento do grau de periodontite na ausência de informações prévias</i>	33
9.3.7	<i>Estabelecimento do grau de periodontite na presença de informações prévias</i>	33
10	Como classificar a presença de periodontite como manifestação de doenças sistêmicas?	36
11	Como classificar outras condições que afetam o periodonto?	37
12	Como classificar a presença de manifestações periodontais de doenças e condições sistêmicas?	38
13	Como classificar a presença de abscessos periodontais e as lesões endo-periodontais?	39
14	Como classificar a presença de condições e deformidades mucogengivais?	40
15	Como classificar a presença de forças oclusais traumáticas?	41
16	Como classificar a presença de fatores relacionados ao dente e às próteses?	42
	REFERÊNCIAS	43
	ANEXOS	45

A presente publicação constitui-se em uma apresentação do processo sistematizado de diagnóstico e classificação periodontal. Nas próximas páginas serão apresentados os principais parâmetros periodontais e as diversas categorias de doenças e condições periodontais (Anexo 1) definidas pelo *Workshop* mundial realizado pela Academia Americana de Periodontia e pela Federação Europeia de Periodontia em 2017.



1. Qual a razão de classificarmos as doenças e condições periodontais?

O desenvolvimento de um esquema de classificação das doenças e condições periodontais é importante para um apropriado diagnóstico e tratamento dos pacientes bem como, para que seja possível o estudo da etiologia, patogênese, história natural e tratamento destas doenças e condições.

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

Na Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2017 há apenas três grandes categorias de doenças e condições periodontais. Foi proposta a definição de saúde periodontal (periodonto íntegro ou periodonto reduzido) e a simplificação da definição de gengivite em apenas duas categorias: gengivite induzida pelo biofilme e doenças gengivais não induzidas pelo biofilme.

Além disso, as denominações de periodontite crônica ou agressiva foram eliminadas e apenas três formas de periodontite foram definidas: periodontite, periodontite necrosante e periodontite como manifestação de doenças sistêmicas. O sistema novo de classificação inclui também a caracterização dos casos de periodontite de acordo com estádios e graus, através

da determinação da complexidade, severidade e fatores de risco associados ao caso.


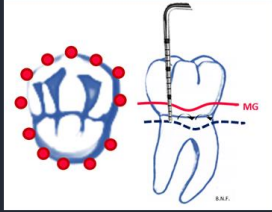

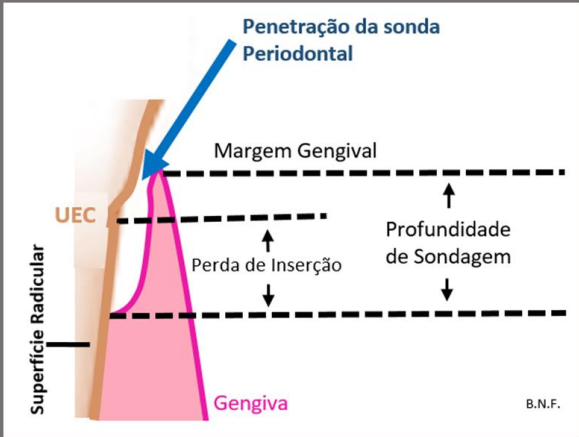

O novo sistema de classificação define também uma terceira categoria na qual se encontram outras condições que afetam o periodonto, tais como inúmeras condições sistêmicas, forças oclusais traumáticas, condições adquiridas ou congênitas, abscessos periodontais e lesões endo-periodontais que afetam o periodonto.

Por último, na Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2017, foi proposto um novo sistema de classificação das retrações gengivais, o qual leva em consideração a perda de inserção interproximal, fenótipo gengival e características da superfície radicular exposta.



2. Quais os conhecimentos clínicos que devo possuir para realizar uma correta classificação periodontal?

2.1 Determinação da Profundidade Clínica de Sondagem


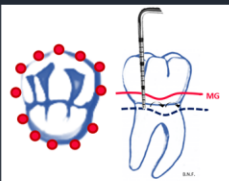
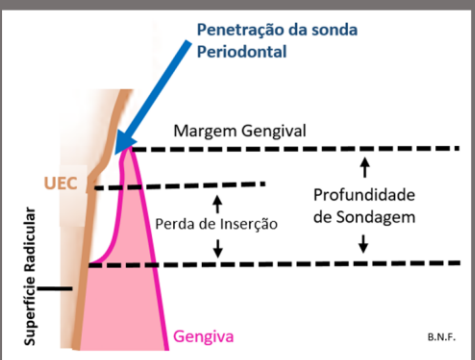
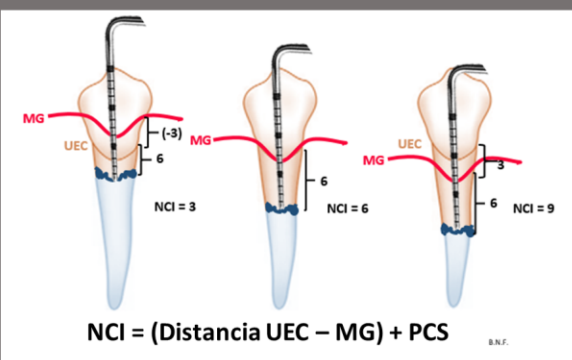
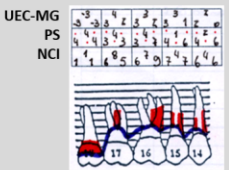
PROFUNDIDADE CLÍNICA DE SONDAGEM																										
<p>COMO FAZER?</p>	<p>MATERIAL</p>  <p>Sonda Milimetrada 15mm (PCPUNC15)</p>	<p>APLICAÇÃO</p> 																								
<p>COMO AVALIAR?</p>	 <p>PCS= quanto penetra a sonda (medida expressa em milímetros)</p>																									
<p>COMO ANOTAR?</p>	<p>UEC-MG PS NCI</p> <table border="1" data-bbox="477 1430 656 1499"> <tr><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>4</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>6</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>4</td><td>6</td></tr> </table> 	3	3	4	3	3	1	2	2	4	4	3	3	3	4	4	2	1	1	6	5	6	7	4	6	
3	3	4	3	3	1	2	2																			
4	4	3	3	3	4	4	2																			
1	1	6	5	6	7	4	6																			

LEGENDA :

PCS: Profundidade Clínica de Sondagem
NCI: Nível Clínico de Inserção

UEC: União Esmalte Cimento
MG: Margem Gingival

2.2 Determinação do Nível Clínico de Inserção


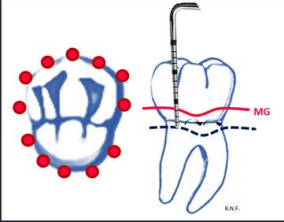

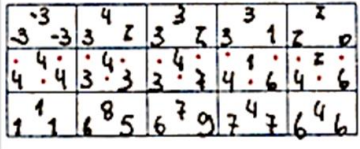
NÍVEL CLÍNICO DE INSERÇÃO	
<p>COMO FAZER?</p> <p>MATERIAL</p>  <p>Sonda Milimetrada 15mm (PCPUNC15)</p>	<p>APLICAÇÃO</p> 
<p>COMO AVALIAR?</p>  <p>Penetração da sonda Periodontal</p> <p>Margem Gingival</p> <p>UEC</p> <p>Superfície Radicular</p> <p>Gengiva</p> <p>Perda de Inserção</p> <p>Profundidade de Sondagem</p> <p>B.N.F.</p>	 <p>MG</p> <p>UEC</p> <p>NCI = 3</p> <p>NCI = 6</p> <p>NCI = 9</p> <p>$NCI = (Distancia\ UEC - MG) + PCS$</p> <p>B.N.F.</p>
<p>COMO ANOTAR?</p> <p>UEC-MG PS NCI</p> 	<p>Retração: + (valor positivo)</p> <p>Aumento: - (valor negativo)</p>

LEGENDA :

PCS: Profundidade Clínica de Sondagem
NCI: Nível Clínico de Inserção

UEC: União Esmalte Cimento
MG: Margem Gingival

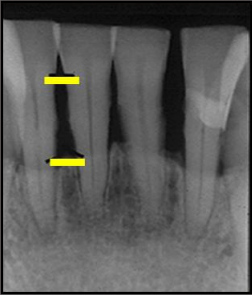



2.3 Determinação da presença de Sangramento à Sondagem / porcentagem de Sangramento à Sondagem

SANGRAMENTO À SONDAÇÃO		
COMO FAZER?	<p>MATERIAL</p>  <p>Sonda Milimetrada 15mm (PCPUNC15)</p>	<p>APLICAÇÃO</p> 
COMO AVALIAR?		
COMO ANOTAR?		<p>ESCORE SS</p> $\frac{\text{Nº DE SÍTIOS SANGRANTES X 100}}{\text{Nº DENTES PRESENTES X 6}} \%$

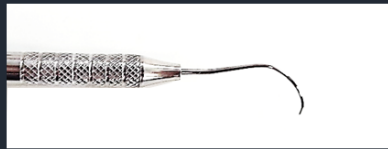
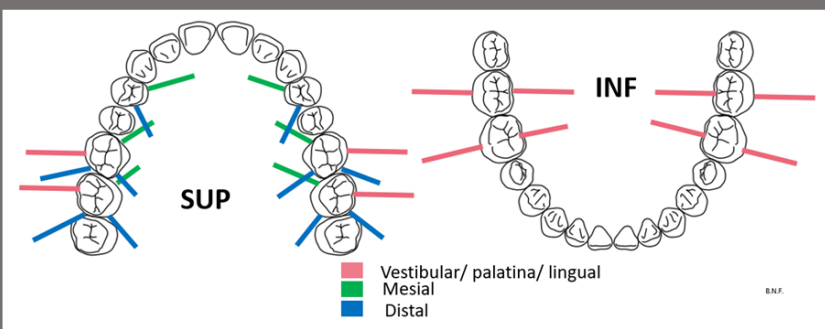
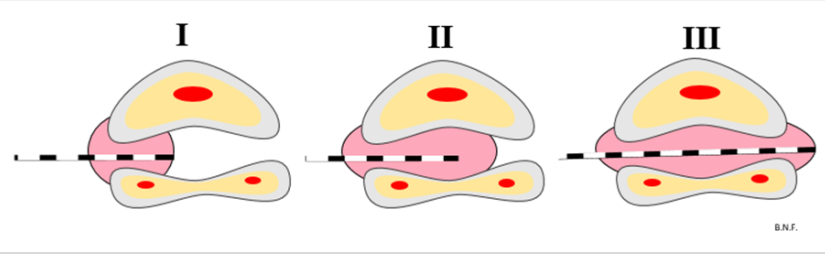
2.4 Determinação da extensão da gengivite

EXTENSÃO DA GENGIVITE		
	LOCALIZADA	GENERALIZADA
ESCORE SS	≥10% - ≤30%	>30%


2.5 Determinação da complexidade da periodontite: perda óssea horizontal *versus* vertical

	PERDA ÓSSEA	
COMO FAZER?	<p>MATERIAL</p> <p>Radiografia Periapical</p>	
COMO AVALIAR?	<p>PERDA ÓSSEA HORIZONTAL</p> 	<p>PERDA ÓSSEA VERTICAL</p> 
COMO ANOTAR?	<p>Condição fisiológica: Crista alveolar encontra-se +/-1,5mm apical à UEC</p> 	<p>Taxa de Perda Óssea: Divisão da Raiz em terços</p> 
LEGENDA :		
PO: Perda Óssea		UEC: União Esmalte Cimento

2.6 Determinação da complexidade da periodontite: envolvimento de furca

	FURCA
COMO FAZER?	MATERIAL  Sonda Nabers
COMO AVALIAR?	 SUP INF ■ Vestibular/ palatina/ lingual ■ Mesial ■ Distal
COMO ANOTAR?	 I II III

2.7 Determinação da complexidade da periodontite: mobilidade

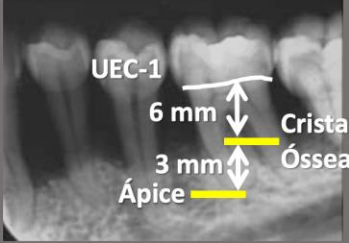
	MOBILIDADE
COMO FAZER?	<p>MATERIAL</p> <p>Cabo de espelho + cabo da sonda periodontal</p>
COMO AVALIAR?	
COMO ANOTAR?	<p>Grau I: 0.2 - 1.0 mm na direção horizontal</p> <p>Grau II: > 1.0 mm na direção horizontal</p> <p>Grau III: direção horizontal e vertical</p>

2.8 Determinação da extensão e distribuição da periodontite

	LOCALIZADA	GENERALIZADA	PADRÃO
EXTENSÃO E DISTRIBUIÇÃO	<30% dentes	≥30% dentes	INCISIVO/MOLAR

Estabelecimento do índice através da escolha do dente com a maior perda de inserção periodontal.

2.9 Determinação da progressão da periodontite: porcentagem de perda óssea/idade/fenótipo do caso

ÍNDICE DE PERDA ÓSSEA		
COMO FAZER?	MATERIAL Radiografia Periapical Régua Milimetrada Idade do paciente	
COMO AVALIAR?	 <p>Paciente de 37 anos de idade</p>	Porcentagem de perda óssea $\% PO = \frac{6}{9} \times 100 = 66\%$
COMO ANOTAR?	Índice de Perda Óssea %PO/idade do paciente	Índice de Perda Óssea 66/37= 1,7 (Alto Risco)

2.10 Determinação da presença de fatores de risco modificadores: fumo e diabetes

		GRAU A	GRAU B	GRAU C
FATORES DE RISCO	FUMO	Não fumante	< 10 cigarros/dia	≥10 cigarros/dia
	DIABETES	Normoglicêmico	HbA1c<7.0%	HbA1c≥7.0%

2.11 Determinação da presença de defeitos muco gengivais: fenótipo periodontal (biotipo gengival)/tipo de retração

FENÓTIPO GENGIVAL	
COMO FAZER?	Para avaliar a espessura da gengiva uma sonda periodontal deve ser usada.
COMO AVALIAR?	<p>Após a introdução no sulco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se a sonda puder ser visualizada através do tecido gengival, a gengiva pode ser definida como fina ($\leq 1.0\text{mm}$). • Se a sonda não for visível, o tecido gengival pode ser definido como espesso ($> 1.0\text{mm}$).
COMO ANOTAR?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biotipo fino recortado 2. Biotipo espesso reto 3. Biotipo espesso recortado

CLASSIFICAÇÃO DE RETRAÇÕES GENGIVAIS	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
TIPO 1	Sem perda de inserção interproximal, UEC não visível na mesial ou na distal
TIPO 2	Perda de inserção interproximal menor ou igual à perda de inserção vestibular
TIPO 3	Perda de inserção interproximal maior do que a perda de inserção vestibular
DEGRAU	<p>CLASSE +: presença de degrau cervical $> 0,5\text{mm}$</p> <p>CLASSE -: ausência de degrau cervical $> 0,5\text{mm}$</p>



3. Quais as principais classes de doenças ou condições periodontais?

CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS E CONDIÇÕES PERIODONTAIS

SAÚDE PERIODONTAL DOENÇAS E CONDIÇÕES GENGIVAIS	PERIODONTITE	OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO
--	---------------------	---

(adaptado de Caton et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



4. Como classificar a condição de saúde periodontal e saúde gengival?

SAÚDE PERIODONTAL DOENÇAS E CONDIÇÕES GENGIVAIS

SAÚDE GENGIVAL	GENGIVITE	DOENÇAS GENGIVAIS
SAÚDE PERIODONTAL	(induzida por biofilme)	(não-induzidas por biofilme)

SAÚDE PERIODONTAL, DOENÇAS E CONDIÇÕES GENGIVAIS	
SAÚDE GENGIVAL	
SAÚDE PERIODONTAL	
SAÚDE CLÍNICA EM UM PERIODONTO ÍNTEGRO	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de perda de inserção
SAÚDE CLÍNICA EM UM PERIODONTO REDUZIDO	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente periodontite-estável: periodontite previamente tratada com sucesso e estável • Paciente não-periodontite: perda de inserção não relacionada com inflamação periodontal

(adaptado de Caton et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



5. Como classificar a presença de gengivite induzida pelo biofilme?

Um paciente com periodontite que tenha sido tratado com sucesso continuará a apresentar as consequências irreversíveis da perda de inserção e o risco eminente de recorrência da doença periodontal. Dessa forma, uma vez que o paciente tenha sido diagnosticado com periodontite, ele permanecerá um paciente com periodontite para o resto de sua vida. Seu status poderá ser categorizado como um estado de controle (saúde/estabilidade), estado de remissão (inflamação gengival) ou estado de descontrole (periodontite recorrente/ instabilidade).

É interessante notar que se tratando de um paciente com periodontite, deve-se utilizar o termo “inflamação gengival” ao invés de “gengivite” pois, um caso definido como periodontite não pode também receber a denominação de gengivite.

SAÚDE PERIODONTAL, DOENÇAS E CONDIÇÕES GENGIVAIS	
	GENGIVITE (induzida por biofilme)
GENGIVITE ASSOCIADA SOMENTE AO BIOFILME	
GENGIVITE MEDIADA POR FATORES SISTÊMICOS OU LOCAIS	<ul style="list-style-type: none"> • FATORES MODIFICADORES SISTÊMICOS: fumo, hiperglicemia, medicamentos, hormônios, condições hematológicas, ingestão baixa de micronutrientes antioxidantes (ex: vitamina C). • FATORES PREDISPONETES LOCAIS: fatores de retenção de biofilme, xerostomia
AUMENTO GENGIVAL INFLUENCIADO POR MEDICAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • CICLOSPORINA

(adaptado de Murakami et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)

SAÚDE PERIODONTAL, DOENÇAS E CONDIÇÕES GENGIVAIS	
	GENGIVITE (induzida por biofilme)
• GENGIVITE EM PERIODONTO ÍNTEGRO	• Ausência de perda de inserção
• GENGIVITE EM PERIODONTO REDUZIDO EM PACIENTE SEM PERIODONTITE PRÉVIA	• Neste caso, o periodonto é reduzido mas a perda de inserção não é relacionada com inflamação: aumento de coroa, retração por escovação traumática, etc.
• INFLAMAÇÃO GENGIVAL EM PERIODONTO REDUZIDO EM PACIENTE COM PERIODONTITE TRATADA COM SUCESSO	• Neste caso, a periodontite foi previamente tratada com sucesso e encontra-se estável mas apresenta quadro atual de inflamação gengival

(adaptado de Murakami et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



6. Como classificar as doenças gengivais não induzidas pelo biofilme?

SAÚDE PERIODONTAL, DOENÇAS E CONDIÇÕES GENGIVAIS	
	DOENÇAS GENGIVAIS (não-induzidas por biofilme)
DESORDENS GENÉTICAS/ DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none">• FIBROMATOSE GENGIVAL HEREDITÁRIA
INFECÇÕES ESPECÍFICAS	<ul style="list-style-type: none">• BACTERIANA: <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Treponema pallidum</i>, <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, gengivite estreptocócica• VIRAL: Coxsackie, herpes simples, <i>Varicella zoster</i>, <i>Molluscum contagiosum</i>, papilomavírus• FÚNGICA: candidíase
CONDIÇÕES IMUNES E INFLAMATÓRIAS	<ul style="list-style-type: none">• REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE• DOENÇAS AUTOIMUNES• CONDIÇÕES INFLAMATÓRIAS GRANULOMATOSAS
PROCESSOS REACIONAIS	<ul style="list-style-type: none">• EPÚLIDES
NEOPLASIAS	<ul style="list-style-type: none">• PRÉ-MALÍGNA: leucoplasia• MALÍGNA: carcinoma de células escamosas, leucemia, linfoma
DOENÇAS ENDÓCRINAS, METABÓLICAS E NUTRICIONAIS	<ul style="list-style-type: none">• DEFICIÊNCIA DE VITAMINA C
LESÕES TRAUMÁTICAS	<ul style="list-style-type: none">• FÍSICO• QUÍMICO• TÉRMICO
PIGMENTAÇÃO GENGIVAL	

(adaptado de Holmstrup et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



7. Como classificar a presença de periodontite?

Três diferentes formas de periodontite foram identificadas com base na patofisiologia dessas condições. Para diferenciá-las adequadamente, deve-se observar o histórico do paciente, presença de sinais e sintomas de periodontite necrosante e presença ou ausência de alguma doença sistêmica que possa influenciar a resposta do hospedeiro.

PERIODONTITE		
DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES	PERIODONTITE	PERIODONTITE COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇAS SISTÊMICAS

(adaptado de Caton et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)

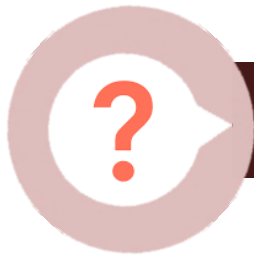


8. Como classificar a presença de doenças periodontais necrosantes?

A periodontite necrosante é caracterizada pela presença de dor, ulceração da margem gengival e depósitos de fibrina em sítios com ausência da ponta da papila interdentária e em alguns casos, exposição do osso alveolar.

PERIODONTITE		
DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES		
DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES EM PACIENTES COMPROMETIDOS CRÔNICA E GRAVEMENTE	<ul style="list-style-type: none"> • EM ADULTOS • EM CRIANÇAS 	GENGIVITE NECROSANTE PERIODONTITE NECROSANTE ESTOMATITE NECROSANTE NOMA
	FATORES PREDISPOANTES: -HIV/ AIDS com contagens de CD4<200 e carga viral detectável -outras condições imunossupressoras -infecções virais severas	
DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES EM PACIENTES COMPROMETIDOS TEMPORÁRIA E MODERADAMENTE	<ul style="list-style-type: none"> • NA PRESENÇA DE GENGIVITE • NA PRESENÇA DE PERIODONTITE 	GENGIVITE NECROSANTE PERIODONTITE NECROSANTE
	FATORES PREDISPOANTES: -estresse, nutrição, fumo, hábitos -doença necrosante prévia -fatores locais: proximidade radicular	

(adaptado de Herrera et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



9. Como classificar a presença de periodontite? Estádios/Graus/Passo a Passo

Um caso de periodontite deve ser caracterizado de acordo com o estágio e grau da doença.

9.1 Estádios de periodontite

Estádios de periodontite levam em consideração a severidade complexidade e antecipam a complexidade da terapia periodontal.

A severidade é determinada pela medida de perda de inserção clínica e de perda óssea verificada radiograficamente e, pelo número de dentes perdidos devido à periodontite.

A complexidade é determinada pela dificuldade envolvida no controle da doença e na reabilitação funcional e estética da dentição do paciente.

Dessa forma, o score de cada um dos estádios é baseado na perda de inserção interproximal devido à periodontite e na perda óssea marginal. Ele é atribuído baseado no dente mais afetado. O score da complexidade considera a presença de fatores, tais como: presença de bolsas periodontais profundas, defeitos verticais, envolvimento de furca, mobilidade dental acentuada, perda de dentes, deficiência de rebordo e perda da função mastigatória.

PERIODONTITE				
	PERIODONTITE			
	ESTÁDIO I	ESTÁDIO II	ESTÁDIO III	ESTÁDIO IV
Perda de Inserção Clínica Interproximal (no sítio com a maior perda)	1 - 2mm	3 - 4mm	≥ 5mm	≥ 5mm
Perda Óssea Radiográfica	< 15%	15% - 33%	Além do terço médio	Além do terço médio
Perda Dental (devido à periodontite)			≤ 4 dentes perdidos	≥ 5 dentes perdidos
Sítio	<ul style="list-style-type: none"> • PCS ≤ 4 mm • Perda óssea Horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> • PCS ≤ 5 mm • Perda óssea Horizontal 	<ul style="list-style-type: none"> • PCS ≥ 6 mm • Perda óssea Vertical ≤ 3 mm • Furca Classe II ou III 	Complexidade do estágio III + Necessidade de reabilitações complexas

(adaptado de Tonetti et al., 2018)

9.2 Graus de periodontite

Graus de periodontite levam em consideração a evidência ou risco de progressão e antecipam o risco de progressão futura, a possibilidade de insucesso na terapia periodontal e o risco da doença periodontal impactar de maneira negativa a saúde sistêmica do paciente.

A evidência direta é baseada em observações longitudinais disponíveis, tais como radiografias antigas de boa qualidade.

A evidência indireta é baseada no exame de perda óssea em função da idade no dente mais afetado da dentição. O grau da periodontite pode ainda ser modificado pela presença de fatores de risco.

Deve-se então inicialmente considerar uma taxa moderada de progressão (grau B) e procurar se existem evidências diretas ou indiretas de uma maior progressão que justifique a aplicação do grau C. O grau A é aplicado para os casos em que a doença encontra-se controlada.

Se o paciente apresentar fatores de risco associados com uma maior progressão da doença ou menor resposta ao tratamento periodontal, o escore do grau deve ser aumentado independentemente dos critérios primários de taxa de progressão.

	PROGRESSÃO	GRAU A	GRAU B	GRAU C
EVIDÊNCIA DIRETA	PERDA ÓSSEA Rx ou PERDA DE INSERÇÃO	Nenhuma perda em 5 anos	< 2mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
EVIDÊNCIA INDIRETA	% PERDA ÓSSEA/IDADE	< 0.25	0.25 - 1.0	> 1.0
	FENÓTIPO DO CASO	↑ biofilme ↓ destruição	biofilme destruição	↓ biofilme ↑ destruição
FATORES DE RISCO	FUMO	Não fumante	< 10 cigarros/dia	≥10 cigarros/dia
	DIABETES	Normoglicêmico	HbA1c < 7.0%	HbA1c > 7.0%

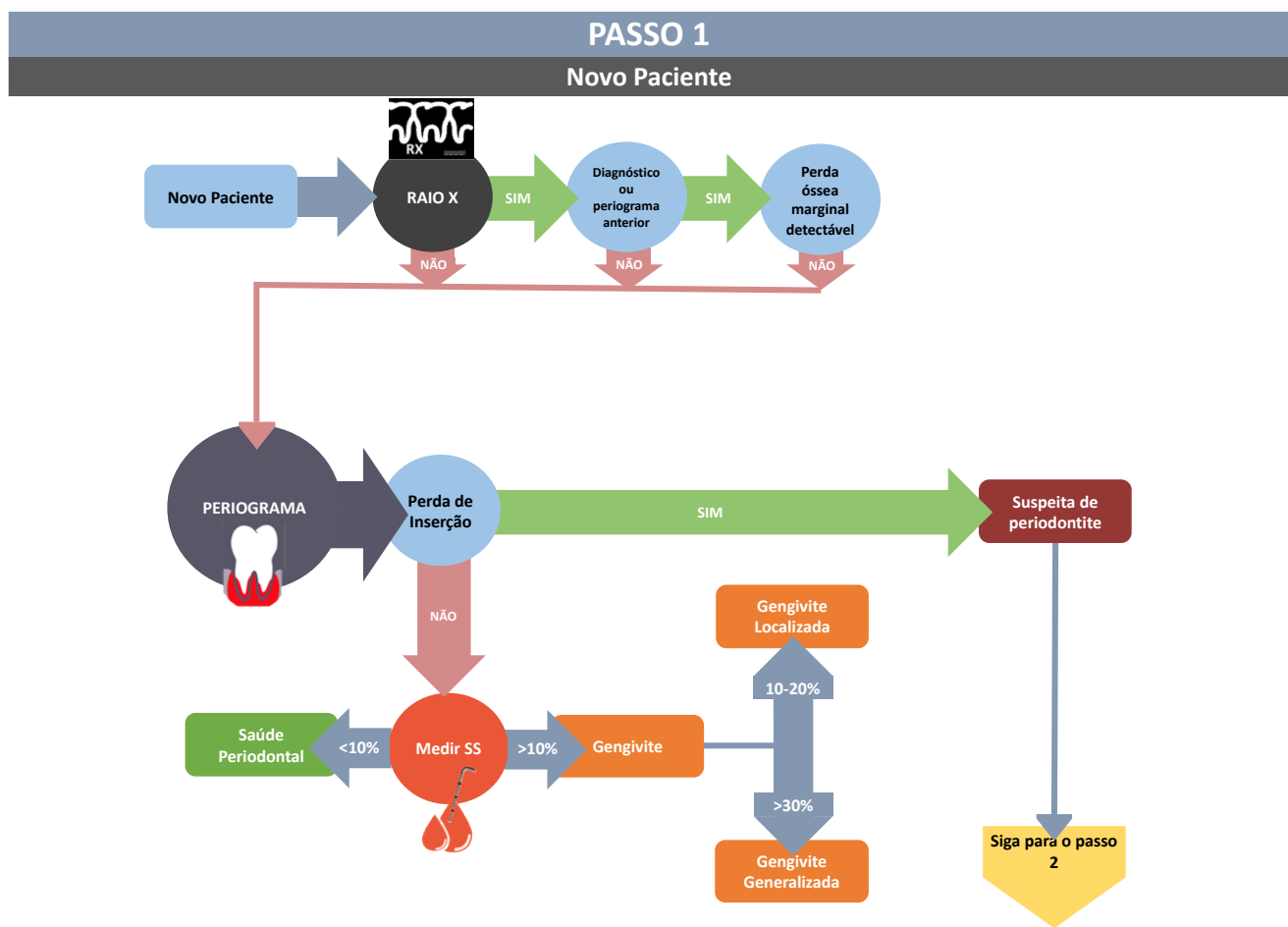
(adaptado de Papapanou et al., 2018)

9.3 Árvores de decisão clínica para o diagnóstico dos estádios e graus de periodontite

9.3.1 Paciente novo

Ao receber um novo paciente, deve-se observar se existem radiografias periapicais de todos os dentes. Caso afirmativo, deve-se observar se há presença de perda óssea marginal detectável em qualquer área da dentição. Se houver perda óssea detectável, suspeita-se que

o paciente tenha periodontite. Ao mesmo tempo, independentemente da presença de registros radiográficos, deve-se realizar o periograma completo do paciente. Se houver presença de perda de inserção clínica, o paciente possivelmente é um caso de periodontite. Se não houver perda de inserção clínica, deve-se observar o sangramento à sondagem. Se o sangramento à sondagem estiver presente em mais de 10% dos sítios, o paciente é diagnosticado com gengivite. Se o sangramento à sondagem estiver presente em menos de 10% dos sítios, o paciente é diagnosticado com saúde periodontal.



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)

9.3.2 Suspeita de periodontite

Quando houver suspeita de um caso de periodontite, deve-se ter a certeza de que a perda de inserção clínica não foi causada apenas pela presença de fatores locais, tais como fraturas radiculares verticais, cáries, restaurações ou terceiros molares inclusos. Caso a perda de inserção não esteja relacionada com estes fatores e a mesma for encontrada em pelo menos um outro dente não-adjacente, trata-se realmente de um caso de periodontite.

Se no periograma for constatada a ausência de profundidades clínicas de sondagem iguais ou maiores do que 4 mm e sangramento à sondagem afetando mais do que 10% dos sítios, o diagnóstico é de inflamação gengival em paciente com periodontite.

Se no periograma for constatada a presença de profundidades clínicas de sondagem iguais ou maiores do que 4 mm, o diagnóstico é de paciente com periodontite. Nesse caso, o próximo passo para o diagnóstico seria estabelecer o estágio e grau da periodontite.

Se for constatada a ausência de profundidades clínicas de sondagem iguais ou maiores do que 4 mm e sangramento à sondagem em menos do que 10% dos sítios, o diagnóstico é de saúde periodontal em periodonto reduzido.

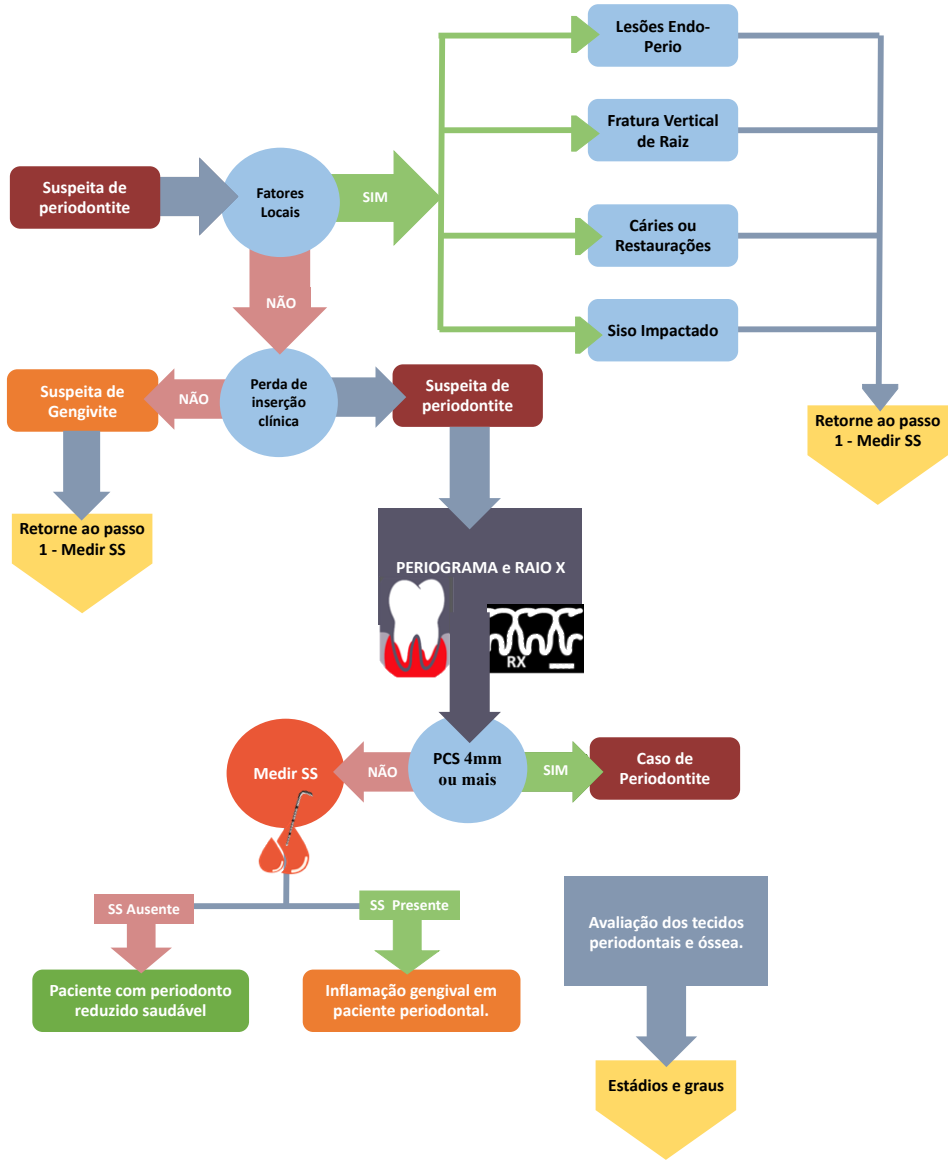
9.3.3 Estabelecimento do estágio de periodontite

Para o estabelecimento do estágio da periodontite, precisa-se dos seguintes dados: radiografias periapicais de todos os dentes, periograma completo e histórico de perdas dentais por periodontite.

Em primeiro lugar, deve-se estabelecer a extensão da doença: perda de inserção clínica/ perda óssea afetando menos do que 30% dos sítios - localizada; perda de inserção clínica/ perda óssea afetando 30% ou mais dos sítios - generalizada.

Então, o estágio da doença é definido pela severidade (usando perda de inserção clínica, perda óssea e perda de dentes pela periodontite) e pela complexidade de manejo (usando os parâmetros de profundidade clínica de sondagem, lesões de furca, lesões infraósseas, mobilidade acentuada, trauma oclusal secundário, colapso oclusal ou presença de menos do que 10 pares de dentes em oclusão).

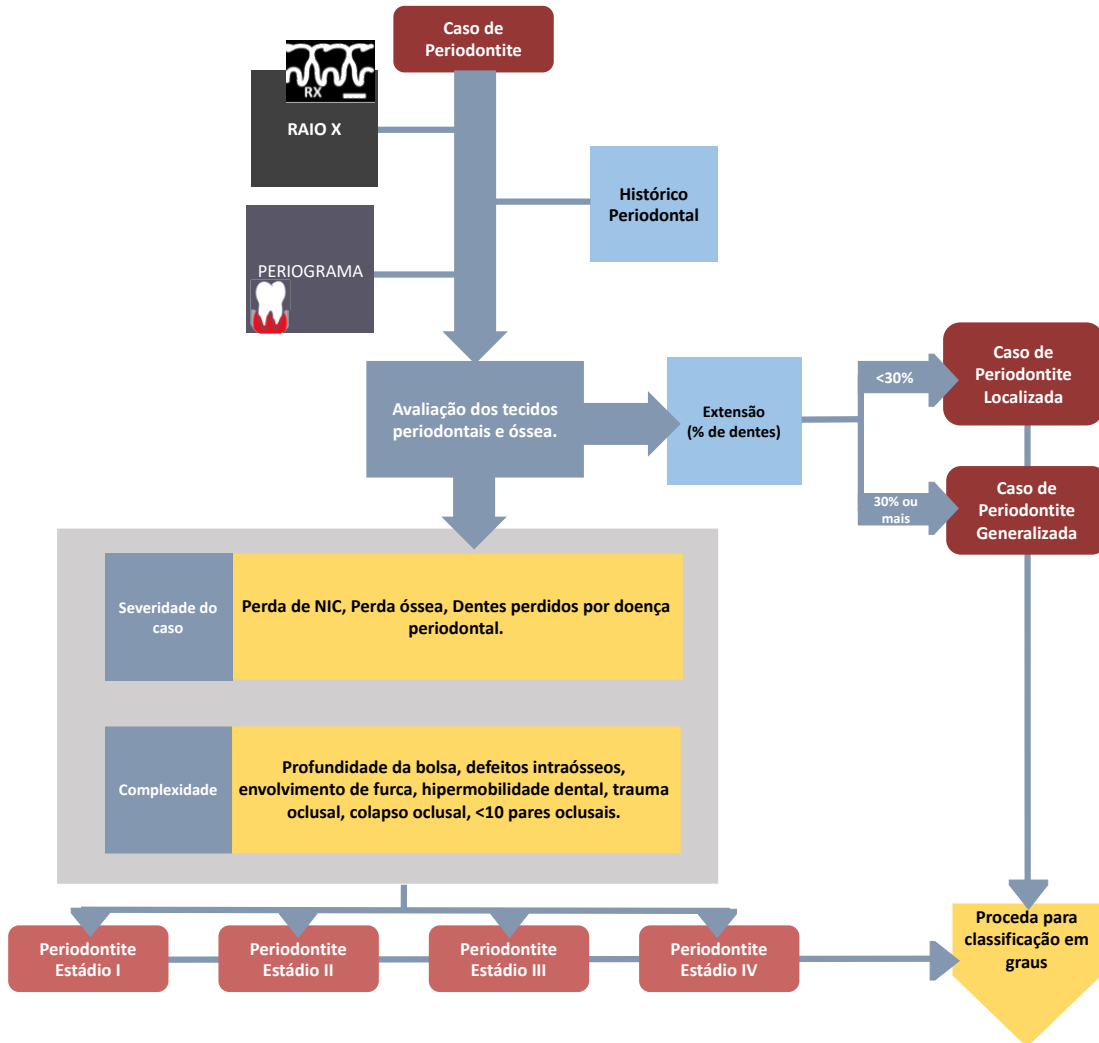
PASSO 2
Paciente Com Suspeita de Periodontite



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)

PASSO 3 - A

Estabelecimento do Estádio



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)

9.3.4 Estádios III e IV versus I e II

Se a perda de inserção clínica for maior do que 5 mm ou se a perda óssea afetar o terço médio da raiz do dente ou além disso em mais do que dois dentes não adjacentes, o diagnóstico pode ser estágio III ou IV.

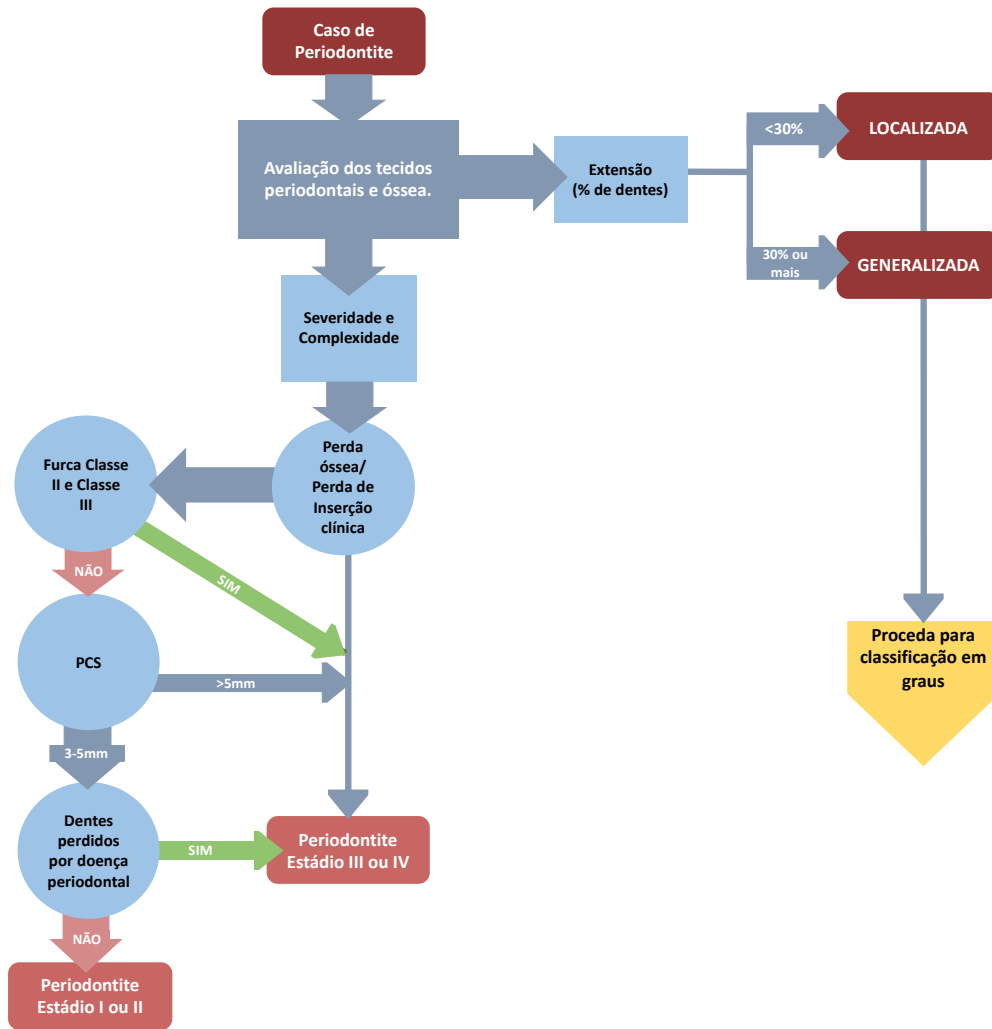
Se a perda de inserção clínica for de 5 mm ou menos em menos do que dois dentes e houver presença de lesões de furca graus II ou III, o diagnóstico é de estágio III ou IV.

Se a perda de inserção clínica for de 5 mm ou menos em menos do que dois dentes, não houver presença de lesões de furca graus II ou III, e as profundidades clínicas de sondagem forem maiores do 5 mm em pelo menos dois dentes não adjacentes, o diagnóstico é de estágio III ou IV.

Se a perda de inserção clínica for de 5 mm ou menos em menos do que dois dentes, não houver presença de lesões de furca graus II ou III, as profundidades clínicas de sondagem forem de 3 a 5 mm, e houver presença de perdas dentais por periodontite, o diagnóstico é de estágio III ou IV.

Se a perda de inserção clínica for de 5 mm ou menos em menos do que dois dentes, não houver presença de lesões de furca graus II ou III, as profundidades clínicas de sondagem forem de 3 a 5 mm, e não houver presença de perdas dentais por periodontite, o diagnóstico é de estágio I ou II.

PASSO 3 - B
ESTÁDIOS III e IV versus I e II



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)

9.3.5 Estádios I, II, III e IV

Os estádios I e II são determinados pela perda de inserção clínica e perda óssea.

O diagnóstico do caso de periodontite será **Estádio I** se:

- (a) perda óssea for menor do que 15%;
- (b) perda de inserção clínica entre 1-2 mm.

O diagnóstico será **Estádio II** se:

- (a) perda óssea estiver entre 15% e 33%;
- (b) perda de inserção clínica entre 3-4 mm.

O diagnóstico será **Estádio III** se:

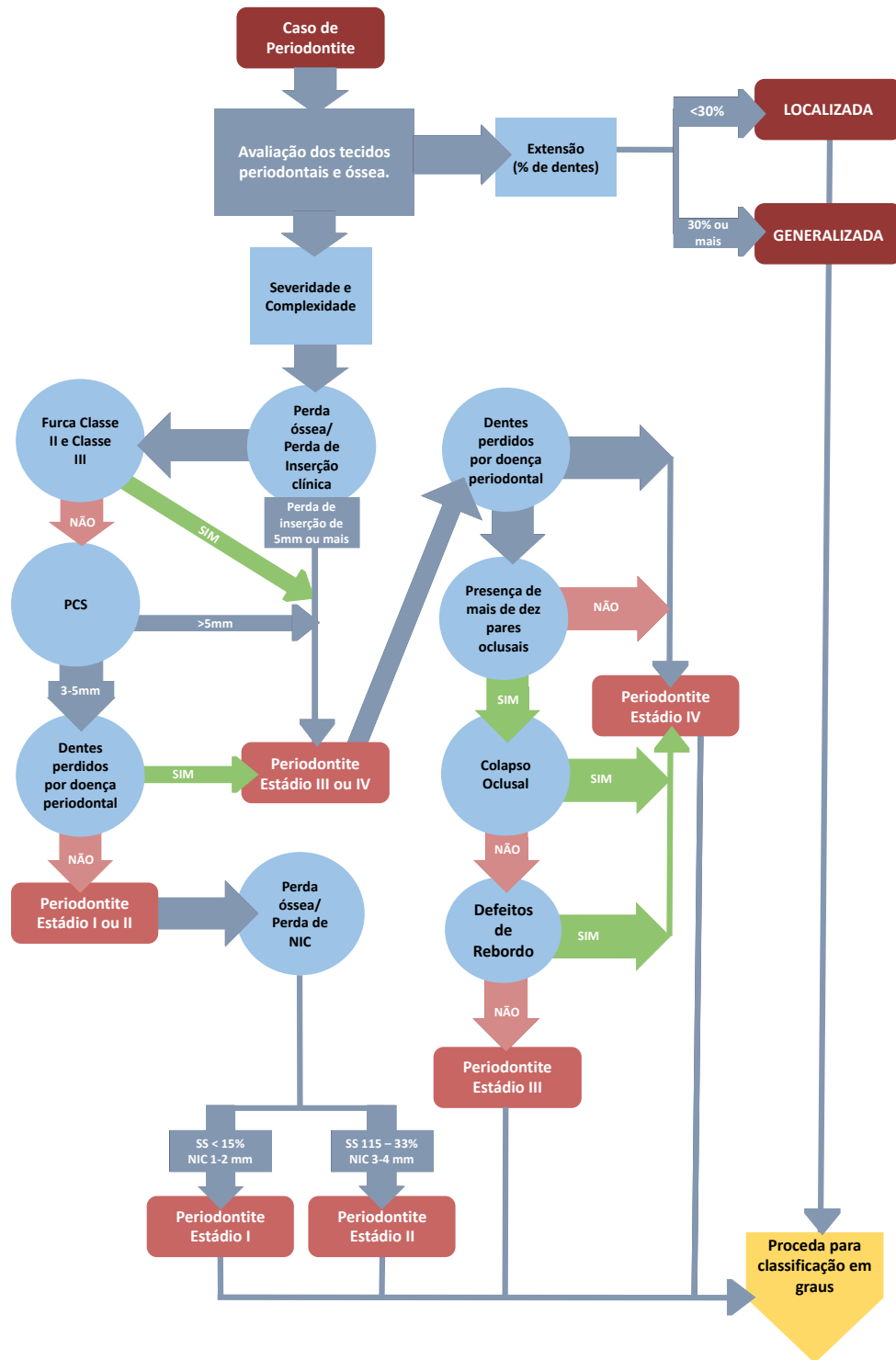
- (a) perda óssea afetar o terço médio da raiz ou além;
- (b) a perda de inserção clínica for de 5 mm ou mais;
- (c) a perda dentes por periodontite for de pelo menos 4 dentes;
- (d) presença de 10 ou mais pares de dentes em oclusão;
- (e) ausência de colapso oclusal, defeitos de rebordo.

O diagnóstico será **Estádio IV** se:

- (a) perda óssea afetar o terço médio da raiz ou além;
- (b) a perda de inserção clínica for de 5 mm ou mais;
- (c) a perda dentes por periodontite for maior do que 4 dentes;
- (d) presença de menos do que 10 pares de dentes em oclusão;
- (e) presença de colapso oclusal, defeitos de rebordo.

PASSO 3 - C

ESTÁDIOS I, II, III e IV



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)

9.3.6 Estabelecimento do grau de periodontite na ausência de informações prévias

Quando não houver disponibilidade de periogramas prévios, a taxa de perda óssea pela idade deverá ser calculada utilizando-se as radiografias periapicais.

- Se a taxa for menor do que 0.25, o diagnóstico é de periodontite grau A.
- Se a taxa for entre 0.25 e 1.0, o diagnóstico é de periodontite grau B.
- Se a taxa for maior do que 1.0, o diagnóstico é de periodontite grau C.

Os graus A e B podem ser modificados caso o paciente seja fumante ou diabético.

- Se o paciente fuma menos do que 10 cigarros ao dia, o grau será alterado para B.
- Se o paciente fuma 10 ou mais cigarros ao dia, o grau será alterado para C.
- Se o paciente diabético apresentar HbA1c menor do que 7.0, o grau será alterado para B.
- Se o paciente diabético apresentar HbA1c maior do que 7.0, o grau será alterado para C.

9.3.7 Estabelecimento do grau de periodontite na presença de informações prévias

Quando houver disponibilidade de periogramas prévios, a taxa de progressão da periodontite deverá ser calculada sobre os cinco anos anteriores.

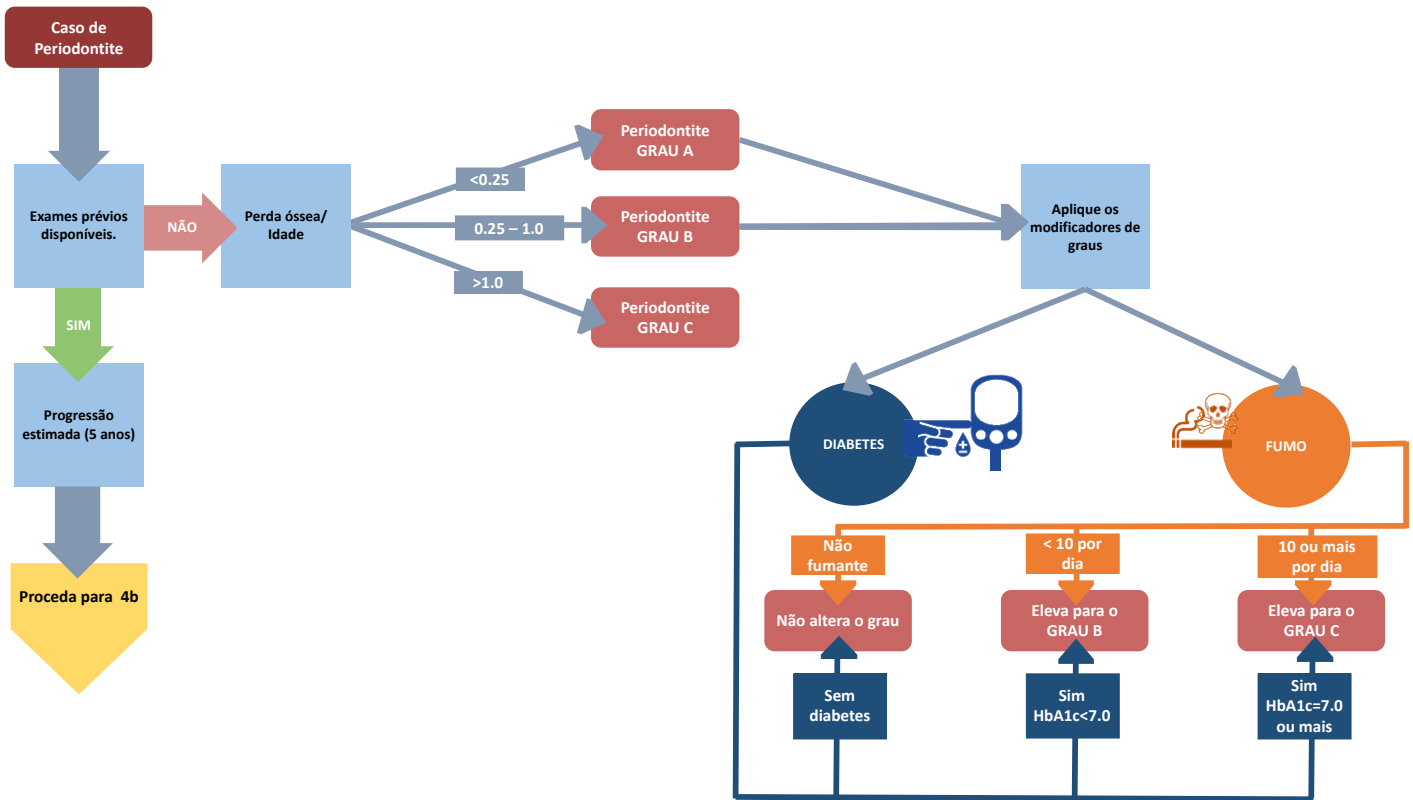
- Se não houver progressão nos últimos 5 anos, o diagnóstico será periodontite grau A
- Se a progressão for menor do que 2 mm, o diagnóstico será periodontite grau B.
- Se a progressão for maior ou igual a 2 mm, o diagnóstico será periodontite grau C.

Os graus A e B poderão ser aumentados se o paciente for fumante ou diabético.

- Se o paciente fuma menos do que 10 cigarros ao dia, o grau será alterado para B.
- Se o paciente fuma 10 ou mais cigarros ao dia, o grau será alterado para C.
- Se o paciente diabético apresentar HbA1c menor do que 7.0, o grau será alterado para B.
- Se o paciente diabético apresentar HbA1c maior do que 7.0, o grau será alterado para C.

PASSO 4 - A

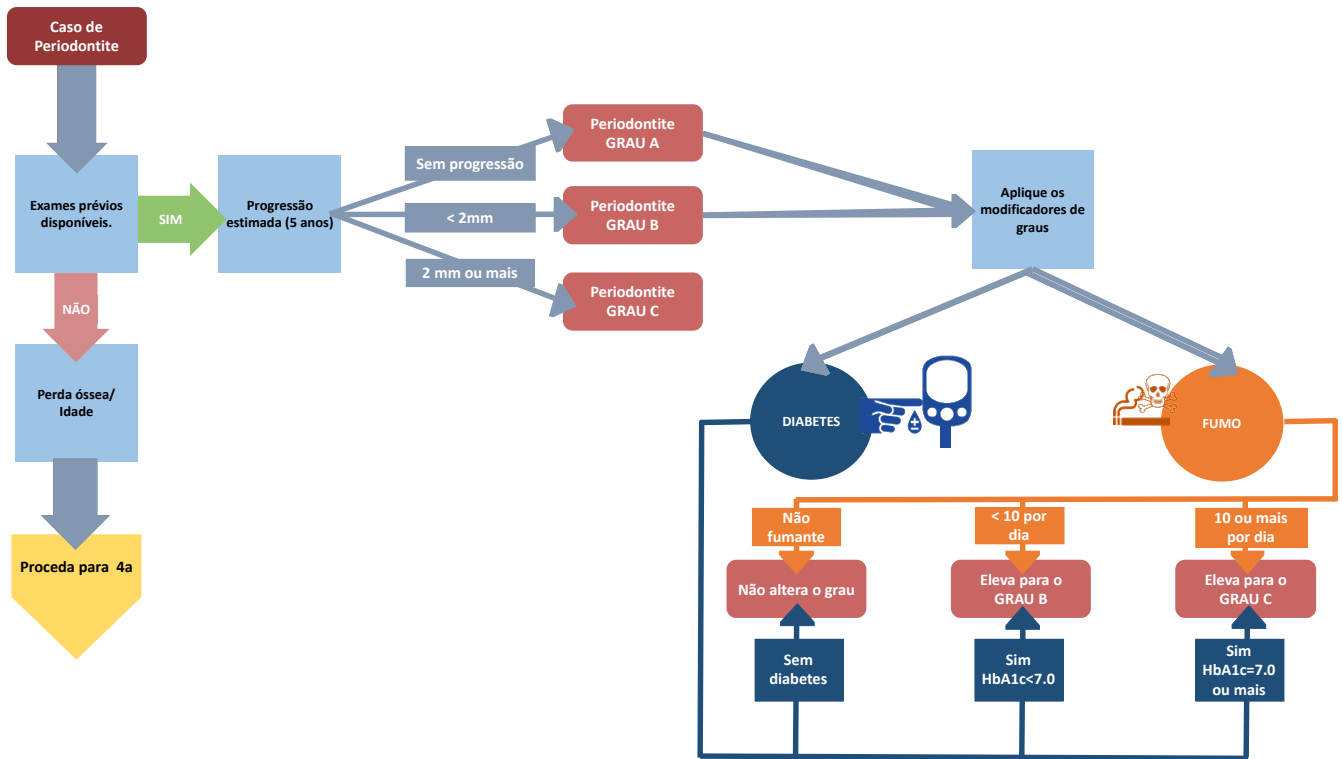
ESTABELECIMENTO DO GRAU DE PERIODONTITE NA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES PRÉVIAS



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)

PASSO 4 - B

ESTABELECIMENTO DO GRAU DE PERIODONTITE NA PRESENÇA DE INFORMAÇÕES PRÉVIAS



(Adaptado de Sanz e Tonetti, 2019)



10. Como classificar a presença de periodontite como manifestação de doenças sistêmicas?

PERIODONTITE	
	PERIODONTITE COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇAS SISTÊMICAS
DESORDENS SISTÊMICAS QUE INFLUENCIAM A INFLAMAÇÃO GENGIVAL	<ul style="list-style-type: none">• DESORDENS GENÉTICAS: associadas com desordens imunológicas, que afetam o tecido gengival e a mucosa oral, que afetam o tecido conjuntivo, desordens metabólicas e endócrinas• DOENÇAS DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA: neutropenia adquirida, infecção por HIV• DOENÇAS INFLAMATÓRIAS: epidermólise bolhosa adquirida, doença inflamatória do intestino
OUTRAS DESORDENS SISTÊMICAS QUE INFLUENCIAM A PATOGÊNESE DAS DOENÇAS PERIODONTAIS	<ul style="list-style-type: none">• DIABETES• OBESIDADE• OSTEOPOROSE• ARTRITE• ESTRESSE EMOCIONAL• DEPRESSÃO• TABAGISMO• USO DE MEDICAMENTOS

(adaptado de Albandar et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



11. Como classificar outras condições que afetam o periodonto?

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO				
DOENÇAS OU CONDIÇÕES SISTÊMICAS QUE RESULTAM EM PERDA DE TECIDO PERIODONTAL (INDEPENDENTE DA PERIODONTITE)	ABCESSOS PERIODONTAIS LESÕES ENDODONTICAS-PERIODONTAIS	DEFORMIDADES MUCOGENGIVAIS	FORÇAS OCLUSAIS TRAUMÁTICAS	FATORES RELACIONADOS AO DENTE E À PRÓTESE

(adaptado de Caton et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



12. Como classificar a presença de manifestações periodontais de doenças e condições sistêmicas?

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO	
DOENÇAS OU CONDIÇÕES SISTÊMICAS QUE AFETAM OS TECIDOS DE SUPORTE PERIODONTAL	
NEOPLASIAS	<ul style="list-style-type: none">• CARCINOMA ORAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS• TUMORES ODONTOGÊNICOS• NEOPLASIAS SECUNDÁRIAS METASTÁTICAS DOS TECIDOS PERIODONTAIS
OUTRAS DESORDENS QUE PODEM AFETAR OS TECIDOS PERIODONTAIS	<ul style="list-style-type: none">• GRANULOMATOSE COM POLIANGITE• HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS• GRANULOMA DE CÉLULAS GIGANTES• HIPERPARATIREOIDISMO• ESCLERODERMA• SÍNDROME DE GORHAM-STOUT

(adaptado de Albandar et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



13. Como classificar a presença de abscessos periodontais e as lesões endo-periodontais?

	ABCESSOS PERIODONTAIS	
	LESÕES ENDO-PERIODONTAIS	
ABCESSOS PERIODONTAIS	<ul style="list-style-type: none"> • EM PACIENTE COM PERIODONTITE: • EM PACIENTE SEM PERIODONTITE: 	<p>Exacerbação aguda, após o tratamento</p> <p>Impactação, fatores ortodônticos, alterações anatômicas, iatrogênicas, reabsorção externa, aumento gengival</p>
LESÕES ENDO-PERIODONTAIS	<ul style="list-style-type: none"> • COM DANO RADICULAR • EM PACIENTE COM PERIODONTITE: GRAU 1 GRAU 2 GRAU 3 • EM PACIENTE SEM PERIODONTITE: GRAU 1 GRAU 2 GRAU 3 	<p>GRAU 1: bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular</p> <p>GRAU 2: bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular</p> <p>GRAU 3: bolsa periodontal larga e profunda em duas ou mais superfícies radiculares</p>

(adaptado de Herrera et al., 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



14. Como classificar a presença de condições e deformidades mucogengivais?

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO	
	DEFORMIDADES MUCOGENGIVAIS E CONDIÇÕES AO REDOR DOS DENTES
FENÓTIPO GENGIVAL	Após a introdução da sonda periodontal no sulco: <ul style="list-style-type: none"> • se a sonda puder ser visualizada através do tecido gengival, a gengiva pode ser definida como fina ($\leq 1.0\text{mm}$): fenótipo fino recortado; • se a sonda não for visível, o tecido gengival pode ser definido como espesso ($> 1.0\text{mm}$): fenótipo espesso reto ou recortado.
RETRAÇÕES GENGIVAIS	TIPO 1: sem perda de inserção interproximal, JCE não visível na mesial ou na distal TIPO 2: perda de inserção interproximal menor ou igual à perda de inserção vestibular TIPO 3: perda de inserção interproximal maior do que a perda de inserção vestibular
AUSÊNCIA DE GENGIVA	
PROFUNDIDADE DE VESTÍBULO REDUZIDA	
INSERÇÃO ANORMAL DE FREIOS/ MÚSCULOS	
EXCESSO GENGIVAL	
COLORAÇÃO ATÍPICA	
CONDIÇÃO DA SUPERFÍCIE RADICULAR EXPOSTA	DEGRAU: CLASSE +: presença de degrau cervical $> 0,5\text{mm}$ CLASSE -: ausência de degrau cervical $> 0,5\text{mm}$

(adaptado de Cortellini e Bissada, 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



15. Como classificar a presença de forças oclusais traumáticas?

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO		
	FORÇAS OCLUSAIS TRAUMÁTICAS	
TRAUMA OCLUSAL PRIMÁRIO	Dano que resulta em mudanças teciduais de forças oclusais traumáticas aplicadas ao dente com suporte periodontal normal (mobilidade adaptativa e não progressiva)	
TRAUMA OCLUSAL SECUNDÁRIO	Dano que resulta em mudanças teciduais de forças normais ou oclusais traumáticas aplicadas ao dente com suporte periodontal reduzido. Dentes com mobilidade progressiva podem apresentar migração e dor em função, além de requerer esplintagem.	
FORÇAS ORTODÔNTICAS	Forças ortodônticas não-controladas podem afetar negativamente o periodonto e resultar em reabsorção radicular, desordens pulpares, retração gengival e perda óssea alveolar.	

(adaptado de Fan e Caton, 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)



16. Como classificar a presença de fatores relacionados ao dente e às próteses?

OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO	
	FATORES RELACIONADOS AO DENTE E À PRÓTESE
FATORES LOCAIS RELACIONADOS AO DENTE	<ul style="list-style-type: none">• ANATOMIA• FRATURAS RADICULARES• REABSORÇÃO CERVICAL• PROXIMIDADE RADICULAR• ERUPÇÃO PASSIVA ALTERADA
FATORES LOCAIS RELACIONADOS À PRÓTESE DENTAL	<ul style="list-style-type: none">• CONDIÇÕES QUE LEVAM AO ACÚMULO DE BIOFILME• MARGENS DE RESTAURAÇÕES POSICIONADAS NO ESPAÇO DOS TECIDOS ADERIDOS SUPRAÓSSEOS LEVAM À INFLAMAÇÃO E PERDA DE TECIDOS DE SUPORTE• PROCEDIMENTOS CLÍNICOS RELACIONADOS À CONFECÇÃO DE RESTAURAÇÕES INDIRETAS• REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE/ TOXICIDADE AOS MATERIAIS ODONTOLÓGICOS: Níquel, Paládio, Cobre, Titânio

(Adaptado de Ercoli e Caton, 2018; Steffens e Marcantonio, 2018)

REFERÊNCIAS

- Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018; 89(Suppl 1):S183 – S203.
- American Academy of Periodontology. Glossary of periodontal terms. 2001. Available at: <https://www.perio.org>.
- Armitage GC. Development of a Classification System for Periodontal Diseases and Conditions. *Ann Periodontol.* 1999; 4:1-6.
- Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol.* 2011; 38:661–666.
- Caton JG 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(Suppl 20);S1–S8.
- Chapple ILC, Mealey BL, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on naan intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45(Suppl 20):S68–S77.
- Chapple I. EFP New Classification of Periodontal and peri-implant diseases – Guidance for clinicians. Periodontal health and gingivitis. 2019.
- Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018; 45(Suppl 20):S190–S198. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12948>
- Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. *J Clin Periodontol.* 2018; 45(Suppl 20):S207–S218.
- Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin.* 2018;45(Suppl 20):S199–S206.
- Fine DH, Patil AG, Loss BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2018; 45(Suppl 20):S95–S111.
- Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Clin Periodontol.* 2018; 45(Suppl 20):S78–S94.

Holmstrup P, lemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *J Clin Periodontol*. 2018; 45(Suppl 20):S28–S43.

Jepsen S, Caton JG, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: 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(Suppl 1): S237-S248.

Lindhe J. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral; Guanabara Koogan; 4ª ed.; Rio de Janeiro; 2005.

Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Clin Periodontol*. 2018; 45(Suppl 20):S17–S27.

Newman MG, Takei HH, Carranza, FA. Periodontia Clínica; Elsevier; 11ª ed.; Rio de Janeiro; 2011.

Papapanou PN, Sanz M, 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 Clin Periodontol*. 2018; 45(Suppl 20):S162–S170. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12946>

Sanz M, Tonetti M. EFP New Classification of Periodontal and peri-implant diseases – Guidance for clinicians. Periodontitis: clinical decision tree for staging and grading. 2019.

Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. *Rev Odontol UNESP*. 2018; 47(4):189-197.

Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol*. 2018; 45(Suppl 20): S149–S161.

ANEXO 1

CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS

Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais

1. Saúde Periodontal e Saúde Gengival
2. Gengivite: Induzida pelo Biofilme Dental
3. Doenças Gengivais: Não Induzidas pelo Biofilme Dental

Periodontite

1. Doenças Periodontais Necrosantes
2. Periodontite
3. Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas

Outras Condições que Afetam o Periodonto

1. Doenças Sistêmicas ou Condições que Afetam os Tecidos Periodontais de Suporte
2. Abscessos Periodontais e Lesões Endodôntico-periodontais
3. Condições e Deformidades Mucogengivais
4. Forças Oclusais Traumáticas
5. Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses

1 CLASSIFICAÇÃO DE SAÚDE GENGIVAL E DOENÇAS/CONDIÇÕES GENGIVAIS

1.1 SAÚDE GENGIVAL

1.1.1. SAÚDE GENGIVAL CLÍNICA EM UM PERIODONTO ÍNTEGRO

1.1.2. SAÚDE GENGIVAL CLÍNICA EM UM PERIODONTO REDUZIDO

- i. Paciente com periodontite estável
- ii. Paciente sem periodontite

1.2. GENGIVITE – induzida pelo biofilme dental

1.2.1. ASSOCIADA SOMENTE AO BIOFILME DENTAL

1.2.2. GENGIVITE MEDIADA POR FATORES DE RISCO SISTÊMICOS OU LOCAIS

i. Fatores de risco sistêmicos (fatores modificadores)

- a. Tabagismo
- b. Hiperglicemia
- c. Fatores nutricionais
- d. Agentes farmacológicos (prescritos, não prescritos e recreacionais)
- e. Hormônios esteroides sexuais (*puberdade, ciclo menstrual, gravidez e contraceptivos orais*)
- f. Condições hematológicas

ii. Fatores de risco locais (fatores predisponentes)

- a. Fatores de retenção de biofilme dental (*por exemplo, margens de restaurações proeminentes*)
- b. Secura bucal

1.2.3. AUMENTO GENGIVAL INFLUENCIADO POR MEDICAMENTOS

1.3. DOENÇAS GENGIVAIS – não induzidas pelo biofilme dental

1.3.1. DESORDENS GENÉTICAS E DE DESENVOLVIMENTO

- i. Fibromatose gengival hereditária

1.3.2. INFECÇÕES ESPECÍFICAS

- i. Origem bacteriana

- a. *Neisseria gonorrhoeae*
- b. *Treponema pallidum*
- c. *Mycobacterium tuberculosis*
- d. Gengivite estreptocócica

- ii. Origem viral

- a. Vírus Coxsackie (doença mão-pé-boca)

- b. Herpes simples I e II (primário ou recorrente)
- c. Varicella zoster (catapora e sarampo – nervo V)
- d. *Molluscum contagiosum*
- e. Papilomavírus Humano (papiloma escamoso celular, condiloma acuminatum, verruga vulgar e hiperplasia epitelial vulgar)

iii. Origem fúngica

- a. Candidose
- b. Outras micoses (histoplasmose e aspergilose)

1.3.3. CONDIÇÕES INFLAMATÓRIAS E IMUNES

i. Reações de hipersensibilidade

- a. Alergia de contato
- b. Gengivite plasmocitária
- c. Eritema multiforme

ii. Doenças autoimunes da pele e membranas mucosas

- a. Pênfigo vulgar
- b. Penfigoide
- c. Líquen plano
- d. Lúpus eritematoso (sistêmico e discoide)

iii. Lesões inflamatórias granulomatosas (granulomatoses orofaciais)

- a. Doença de Crohn
- b. Sarcoidose

1.3.4. PROCESSOS REACIONAIS

i. Epúlides

- a. Epúlide fibrosa
- b. Granuloma fibroblástico calcificante

- c. Epúlíde vascular (granuloma piogênico)
- d. Granuloma periférico de células gigantes

1.3.5. NEOPLASIAS

- i. Pré-malignas
 - a. Leucoplasia
 - b. Eritroplasia
- ii. Malignas
 - a. Carcinoma escamoso celular
 - b. Infiltrado celular leucêmico
 - c. Linfoma (Hodgkin e não Hodgkin)

1.3.6. DOENÇAS ENDÓCRINAS, NUTRICIONAIS E METABÓLICAS

- i. Deficiência de vitaminas
 - a. Deficiência de vitamina C (escorbuto)

1.3.7. LESÕES TRAUMÁTICAS

- i. Trauma mecânico/físico
 - a. Ceratose friccional
 - b. Ulceração gengival induzida mecanicamente
 - c. Lesões factícias (automutilação)
- ii. Queimaduras químicas (tóxicas)
- iii. Danos térmicos
 - a. Queimaduras na gengiva

1.3.8. PIGMENTAÇÃO GENGIVAL

- i. Melanoplasia
- ii. Melanose do tabagista

- iii. Pigmentação induzida por medicamentos (antimalários e minociclina)
- iii. Tatuagem de amálgama

2 CLASSIFICAÇÃO DE PERIODONTITE

2.1. DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES

2.1.1. DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES EM PACIENTES COMPROMETIDOS CRÔNICA E GRAVEMENTE

- i. Em adultos
- ii. Em crianças

2.1.2. DOENÇAS PERIODONTAIS NECROSANTES EM PACIENTES COMPROMETIDOS TEMPORÁRIA E/OU MODERADAMENTE

- i. Em pacientes com gengivite
- ii. Em pacientes com periodontite

2.2. PERIODONTITE

2.2.1. ESTÁDIOS I, II, III e IV

2.2.2. GRAUS A, B e C

2.3. PERIODONTITE COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇAS SISTÊMICAS

2.3.1. DESORDENS SISTÊMICAS QUE APRESENTAM UM GRANDE IMPACTO NA PERDA DOS TECIDOS PERIODONTAIS POR INFLUENCIAR A INFLAMAÇÃO GENGIVAL

- i. Desordens genéticas:
 - a. Doenças associadas com desordens imunológicas: Síndrome de Down, Síndrome da deficiência da adesão leucocitária, Síndrome de Papillon-Lefèvre, Síndrome de Haim-Munk, Síndrome de Chediak-Higashi, Neutropenia severa (neutropenia congênita- Síndrome de Kostmann e neutropenia cíclica), doenças de imunodeficiência primária (doença granulomatosa crônica, síndromes de hiperimunoglobulina E) e Síndrome de Cohen.
 - b. Doenças que afetam a mucosa oral e o tecido gengival: epidermólise bolhosa (distrófica e Síndrome de Kindler) e deficiência de plasminogênio.
 - c. Doenças que afetam o tecido conjuntivo: Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos IV e VIII), angioedema (deficiência de inibidor de C1) e lúpus eritematoso sistêmico.

d. Desordens metabólicas e endócrinas: doença do armazenamento de glicogênio, doença de Gaucher, hipofosfatase, raquitismo hipofosfatêmico, Síndrome de Hadju-Cheney.

ii. Doenças de imunodeficiência adquirida: neutropenia adquirida pela infecção por HIV.

iii. Doenças inflamatórias: epidermólise bolhosa adquirida e doença inflamatória do intestino.

2.3.2. OUTRAS DESORDENS SISTÊMICAS QUE INFLUENCIAM A PATOGÊNESE DAS DOENÇAS PERIODONTAIS

3 CLASSIFICAÇÃO DE OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO

3.1. MANIFESTAÇÕES PERIODONTAIS DE DOENÇAS OU CONDIÇÕES SISTÊMICAS (DOENÇAS OU CONDIÇÕES SISTÊMICAS QUE AFETAM OS TECIDOS PERIODONTAIS DE SUPORTE)

3.1.1. NEOPLASIAS: doenças neoplásicas primárias dos tecidos periodontais (carcinoma oral de células escamosas, tumores odontogênicos e outras neoplasias primárias dos tecidos periodontais) e neoplasias secundárias metastáticas dos tecidos periodontais.

3.1.2. OUTRAS DESORDENS QUE PODEM AFETAR OS TECIDOS PERIODONTAIS: granulomatose com poliangite, histiocitose de células de Langerhans, granulomas de células gigantes, hiperparatireoidismo, esclerose sistêmica (escleroderma), doença do desaparecimento ósseo (Síndrome de Gorham-Stout)

3.2. ABSCESSOS PERIODONTAIS E LESÕES ENDOPERIODONTAIS

3.2.1. ABSCESSOS PERIODONTAIS

i. Abscesso periodontal em paciente com periodontite (em uma bolsa periodontal preexistente):

a. exacerbação aguda

b. após o tratamento

ii. Abscesso periodontal em paciente sem periodontite (pode ou não ter bolsa periodontal preexistente): abscesso relacionado com impactação (fio dental, elástico ortodôntico, palito dental, lençol de borracha ou milho de pipoca), hábitos deletérios (onicofagia), fatores ortodônticos, crescimento gengival e alterações de superfície radicular, por exemplo, alterações anatômicas severas (dente invaginado e odontodisplasia), alterações anatômicas menores (pérolas de esmalte, dilaceração cementária), condições iatrogênicas (perfurações), dano radicular severo (fissura ou fratura, síndrome do dente rachado) ou reabsorção radicular externa.

3.2.2. LESÕES ENDOPERIODONTAIS

i. Lesão endoperiodontal com dano radicular: fratura radicular, perfuração do canal radicular ou do assoalho pulpar e reabsorção radicular externa.

ii. Lesão endoperiodontal em paciente com periodontite

- a. Grau 1: bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular.
- b. Grau 2: bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular.
- c. Grau 3: bolsas periodontais profundas em duas ou mais superfícies radiculares.

iii. Lesão endoperiodontal em paciente sem periodontite

- a. Grau 1: bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular.
- b. Grau 2: bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular.
- c. Grau 3: bolsas periodontais profundas em duas ou mais superfícies radiculares.

3.3. CONDIÇÕES E DEFORMIDADES MUCOGENGIVAIS

3.3.1. CONDIÇÃO MUCOGENGIVAL NA PRESENÇA DE RETRAÇÕES GENGIVAIS

i. Classificação das retrações gengivais (extensão vertical da retração):

- a. Retração Tipo 1 (RT1): sem perda de inserção interproximal. Junção cimento-esmalte interproximal não detectável clinicamente na mesial ou na distal.
- b. Retração Tipo 2 (RT2): perda de inserção interproximal, com distância da junção cimento-esmalte ao fundo do sulco/ bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/ bolsa na vestibular).
- c. Retração Tipo 3 (RT3): perda de inserção interproximal, com distância da junção cimento-esmalte ao fundo do sulco/ bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/ bolsa na vestibular).

ii. Degrau:

- a. Classe Positiva: presença de um degrau cervical >0.5mm.
- b. Classe Negativa: ausência de um degrau cervical >0.5mm.

3.4. FORÇAS OCLUSAIS TRAUMÁTICAS

3.4.1 TRAUMA OCLUSAL PRIMÁRIO

3.4.2 TRAUMA OCLUSAL SECUNDÁRIO

3.4.3 FORÇAS ORTODÔNTICAS

3.5. FATORES RELACIONADOS AO DENTE E ÀS PRÓTESES

3.5.1. FATORES RELACIONADOS AO DENTE QUE PODEM MODIFICAR OU PREDISPOR A DOENÇAS GENGIVAIS INDUZIDAS PELO BIOFILME/ PERIODONTITE: fatores anatômicos do dente, fraturas radiculares, reabsorção cervical e dilaceração cementária, proximidade radicular e erupção passiva alterada.

3.5.2. FATORES RELACIONADOS À PRÓTESE DENTAL

- i. Margens de restaurações posicionadas no espaço dos tecidos aderidos supraósseos.
- ii. Procedimentos clínicos relacionados à confecção de restaurações indiretas.
- iii. Reações de hipersensibilidade/ toxicidade aos materiais odontológicos