

Diagnóstico e tratamento de periodontite em criança: relato de caso

Luisa Prudente de Souza COSTA¹; Sarah Cristyna Silva COSTA¹;
Hianne Miranda de TORRES²; Patrícia CORRÊA-FARIA²

1 - Graduanda em Odontologia. Centro Universitário Sul Americana – UNIFASAM, Goiânia – GO, Brasil; 2 - Doutora em Odontologia. Centro Universitário Sul Americana – UNIFASAM, Goiânia – GO, Brasil.

Resumo

Periodontite é uma condição incomum na dentição decídua. O objetivo deste estudo é relatar o diagnóstico e o tratamento de periodontite em uma criança com dentição decídua. Uma menina de cinco anos compareceu na clínica de odontopediatria da instituição particular Centro Universitário Sul-Americana para acompanhamento da sua condição bucal. Clinicamente, observou-se mobilidade patológica nos dentes 73, 83 e 84 e boa higienização bucal. Na radiografia panorâmica, notou-se imagem radiolúcida correspondente a reabsorção óssea na região correspondente dos dentes citados. A criança não apresentava quaisquer problemas sistêmicos e havia histórico familiar de doença periodontal. Diante dos achados clínicos e radiográficos, o diagnóstico foi de periodontite. Foi realizada a exodontia do 84 e do 73 e orientações sobre a higienização bucal. Após três meses, não foi observada mobilidade dentária, houve perda de espaço na região do 84 e do 73 e diastemas interincisivos. Placa de Hawley com mola foi instalada para correção dos diastemas e recuperação do espaço. Oito meses após a exodontia, observou-se que o periodonto estava saudável. Nesse caso clínico, a periodontite levou à perda precoce de dentes decíduos e à alteração na oclusão. O diagnóstico e o controle dessa condição é importante para minimizar os danos às dentições decídua e permanente.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontite; Mantenedor de espaço em ortodontia; Pré-escolar.



Copyright © 2023 Revista Odontológica do Brasil Central. Esta obra está licenciada com uma licença Atribuição-NãoComercial-Compartilhável 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Recebido: 09/03/22
Aceito: 16/03/23
Publicado: 17/07/23

DOI: 10.36065/robrac.v32i91.1636

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Patrícia Corrêa-Faria

Centro Universitário Sul-Americana – BR-153, Km 502, Jardim da Luz
Goiânia/GO, Brasil, CEP: 74.850-370
E-mail: patriciafaria.faria09@gmail.com

Introdução

A doença periodontal, juntamente com a cárie dentária, é um problema de saúde pública que responde por uma proporção considerável de carga global das doenças bucais. Ela aumenta o risco de perda dentária, dificuldade mastigatória e de impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{1,2} e acomete indivíduos em diferentes fases da vida. Entre crianças e adolescentes, a gengivite induzida por placa é a forma mais comum da doença periodontal³.

Formas graves da doença periodontal, como a periodontite, são pouco frequentes em crianças e adolescentes. Em um estudo realizado com brasileiros de 12 a 19 anos, a prevalência de periodontite foi de 10%⁴. Já em uma revisão sistemática e metanálise, a prevalência global, envolvendo escolares, adolescentes e adultos, foi de 1,6%⁵. Dados isolados para a América do Sul mostraram uma prevalência de 4%⁵. A periodontite, antes chamada de periodontite agressiva, acomete pacientes jovens, sistemicamente saudáveis e tem como principais características a rápida progressão, a severa destruição do tecido ósseo e o envolvimento familiar^{6,7}.

Ela pode afetar tanto a dentição decídua quanto a permanente. Evidências ainda limitadas sugerem uma relação na ocorrência da doença nas duas dentições; é possível que a periodontite, inicialmente manifestada na dentição decídua, evolua para a dentição permanente⁷⁻⁹. Diante disso, o diagnóstico dessa periodontite, em estágios iniciais na dentição decídua, e o seu tratamento são importantes para evitar a progressão e o possível acometimento da dentição permanente⁸. Entretanto, o diagnóstico em crianças jovens - pré-escolares - não é fácil e, geralmente, é realizado tardiamente quando já houve a progressão da doença. A depender da idade da criança, é comum que haja confusão com o processo fisiológico de esfoliação dos dentes decíduos⁷, ou ainda, que a mobilidade dentária e a perda óssea sejam atribuídas a outras condições como cárie.

Apesar da gravidade da periodontite e das possíveis consequências para a criança, ainda há poucos relatos de casos na dentição decídua¹⁰⁻¹⁴. Isso, possivelmente, é justificado pela baixa frequência da doença. Relatos de caso sobre a periodontite na dentição decídua são importantes para ajudar o cirurgião-dentista a reconhecer a doença e, ao somar as informações do relato de caso àquelas de artigos com maiores níveis de evidência, propor opções para o seu tratamento.

O objetivo deste estudo é relatar um caso de periodontite em uma criança de cinco anos, evidenciando o processo de diagnóstico e o tratamento que combinou a abordagem odontopediátrica e a ortodôntica.

Relato do caso

O caso clínico foi descrito seguindo o guideline CARE¹⁵. A responsável legal pela paciente manifestou o consentimento com a realização do tratamento e divulgação do caso em publicação científica por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Uma menina de cinco anos de idade compareceu na clínica de odontopediatria da instituição privada Centro Universitário Sul-Americana (UNIFASAM) para acompanhamento da condição bucal. Há seis meses, ela havia concluído o tratamento odontológico que envolveu procedimentos restauradores (dentes 54, 64, 74, 75, 84), endodôntico (pulpectomia no dente 64) e cirúrgico (exodontia do 71). Na consulta de retorno, durante o exame clínico, observou-se mobilidade grau I no 83, II no 84 e III no 73. Radiografia periapical foi solicitada para a avaliação da condição periodontal. Entretanto, devido à baixa cooperação da criança na realização do exame, optou-se pela radiografia panorâmica. Na radiografia panorâmica, observou-se imagem radiolúcida na região dos dentes citados indicando reabsorção óssea e radicular externa no dente 84. A área radiolúcida, correspondente à reabsorção óssea, se localizava na distal e região

de furca no dente 84, distal do 83 e do 73 (Figura 1). A sondagem periodontal não foi realizada devido a pouca cooperação da criança. Durante o exame clínico, as superfícies dentárias livres (vestibular e lingual/palatina) foram inspecionadas visualmente para a observação do acúmulo de biofilme. Não havia acúmulo de biofilme, indicando a satisfatória higienização bucal.

Ao atualizar e revisar as informações obtidas na anamnese, não foram identificados quaisquer problemas sistêmicos. Na revisão do histórico familiar, a mãe foi diagnosticada com periodontite estágio III (periodontite severa com potencial para perdas dentárias) e generalizada¹⁶. Não foram obtidas informações sobre o grau da periodontite.

Diante dos achados clínicos, radiográficos e do histórico familiar, o diagnóstico foi de periodontite estágio III (periodontite severa com potencial para perdas dentárias), localizada, grau C (rápida progressão)¹⁶. Devido ao grau de mobilidade e extensa perda óssea, o tratamento proposto foi a exodontia dos dentes 73 e 84, seguido por instalação de aparelho mantenedor de espaço. Optou-se por manter o dente 83 uma vez que ele tinha satisfatória inserção e pouca mobilidade. O plano de tratamento envolveu profilaxia profissional para remoção de placa bacteriana, acompanhamentos periódicos para avaliação da progressão da doença e orientações à cuidadora e à criança sobre a higienização bucal. Demonstrações da técnica de escovação dentária e do uso de fio dental foram realizadas em manequim,



FIGURA 1 · Aspecto clínico (A e B) e radiográfico inicial (C)

acompanhadas por explicações verbais. Foi solicitado à criança e à mãe que realizassem a escovação dos dentes e o uso do fio dental durante a consulta para que a equipe odontológica pudesse realizar correções na técnica e reforço positivo para motivá-las sobre a manutenção da higienização bucal.

Na consulta seguinte, realizada uma semana após o diagnóstico, notou-se a ausência do 73 que foi removido pela criança. A exodontia do 84 foi realizada após aplicação de anestésico tópico (benzocaína 200 mg/g) e de anestesia infiltrativa (cloridrato de lidocaína 2% [20mg/mL] + epinefrina 1:100.000). Durante a exodontia, para manejo do comportamento, usou-se a estabilização protetora (durante a injeção do anestésico) e a distração (durante todo o procedimento)¹⁷. A região foi suturada com sutura simples usando fio de seda.

Uma consulta de retorno para avaliação da região operada e moldagem para confecção do aparelho foi agendada para sete dias após o procedimento. Entretanto, a criança retornou à clínica apenas após três meses. Clinicamente, notou-se aspecto saudável da gengiva e ausência de mobilidade patológica no dente 83. Houve perda do espaço correspondente ao dente 73 e observou-se diastema entre os incisivos inferiores permanentes. A radiografia panorâmica evidenciou formação óssea na região dos dentes 73, 83 e 84 (Figura 2).



FIGURA 2 - Aspecto clínico e radiográfico observado quatro meses após a exodontia

Para evitar a perda do espaço para o dente 44, recuperar o espaço para o 33 e corrigir os diastemas interincisivos, foi instalada uma placa de Hawley com mola (Figura 3). Uma semana após a instalação da placa, a criança foi reavaliada. Não houve queixa sobre o uso do aparelho. Oito meses após a exodontia, observou-se a manutenção da saúde periodontal (Figura 4). Acompanhamentos periódicos foram agendados para reavaliação da saúde periodontal, dentária e do desenvolvimento da oclusão.



FIGURA 3 - Placa de Hawley instalada para recuperação de espaço e fechamento de diastemas interincisais



FIGURA 4 - Aspecto clínico e radiográfico observado oito meses após a exodontia. (A) Vista oclusal. (B) Vista vestibular. (C) Radiografia panorâmica

Discussão

Nesse estudo, relatamos o processo de diagnóstico e de tratamento de periodontite em uma criança de cinco anos. O diagnóstico se baseou na perda óssea observada no exame radiográfico e na mobilidade patológica constatada por meio do exame clínico. Anteriormente à publicação da nova classificação das doenças periodontais¹⁶, a periodontite descrita no estudo era

chamada de agressiva localizada e tinha como principais características o acometimento de paciente jovem, a rápida perda óssea e a agregação familiar¹⁸. Ressalta-se que a paciente apresentou essas características, entretanto, há necessidade de adequação da nomenclatura da condição periodontal de periodontite agressiva localizada para periodontite a fim de adequar à classificação atual.

Em crianças, a prevalência de periodontite não induzida por biofilme e com progressão rápida é baixa; aproximadamente 1,6% em todo o mundo e 4,0% na América do Sul⁵. A baixa ocorrência faz com que a doença ainda não seja conhecida pelos profissionais. É possível que, diante de casos sugestivos de periodontite, haja dificuldade do cirurgião-dentista em realizar o diagnóstico. Erroneamente, a mobilidade dentária, a perda óssea e a perda precoce de dentes decíduos podem ser atribuídas a outras condições como a infecção odontogênica.

No nosso caso clínico, a criança tinha histórico de cárie dentária e isso poderia dificultar o diagnóstico da periodontite. Para o diagnóstico diferencial, verificamos a ausência de sinais de progressão da lesão cáriosa e de sintomatologia relacionada ao dente 84 que estava restaurado. Nenhum sinal de lesão de cárie foi observado nos caninos que apresentavam mobilidade e reabsorção do tecido ósseo. A hipótese diagnóstica de periodontite foi considerada ao se combinar os achados clínicos (mobilidade dentária), radiográficos (perda óssea e reabsorção radicular) e informações obtidas no prontuário (histórico familiar de doença periodontal, ausência de mobilidade dentária e de reabsorção na consulta realizada há seis meses)^{10,11,14}.

A reabsorção radicular observada nos dentes afetados pela periodontite pode ser confundida com o processo fisiológico de rizólise. Entretanto, há diferenças no padrão de reabsorção que devem ser consideradas para se diferenciar a periodontite. Nos dentes acometidos pela doença, a reabsorção segue um padrão atípico. Ela não se inicia na região apical como acontece

usualmente no processo fisiológico. Há reabsorção radicular externa ou interna e perda óssea periodontal⁷. O diagnóstico diferencial é indispensável na tomada de decisão sobre o tratamento do paciente. O principal objetivo do tratamento da periodontite é evitar uma maior destruição dos tecidos de suporte, recuperar o máximo possível da inserção periodontal e evitar a perda dentária precoce⁵. Quando a periodontite é confundida com outras condições pode haver o seu agravamento e o adiamento do tratamento adequado.

Neste caso clínico, a sondagem periodontal e a radiografia periapical não foram realizadas devido ao comportamento não colaborador da criança. Em estudo prévio, foi relatada a sondagem de bolsa periodontal em uma criança de quatro anos com periodontite¹². Esse exame, rotineiramente realizado em pacientes adultos, parece não ter modificado o diagnóstico e o plano de tratamento. No caso citado, o tratamento foi a exodontia dos dentes com mobilidade e perda óssea. As características observadas no exame clínico e na radiografia foram determinantes na decisão de tratamento, independente das informações obtidas na sondagem. É possível que a medida da bolsa periodontal seja útil nos casos em que é possível manter os dentes e se deseja acompanhar a progressão da doença por meio da redução da profundidade da bolsa ou a sua evolução com o aumento da medida da bolsa periodontal. No nosso relato de caso, optamos por não insistir na realização da sondagem devido ao risco de machucar a criança e gerar falsas medidas. De forma semelhante, a insistência na realização da radiografia periapical poderia gerar imagens de baixa qualidade além de exposição adicional da criança à radiação.

Os dentes acometidos pela doença foram os caninos e um dos primeiros molares inferiores. De acordo com a literatura, esse é um achado comum^{19,20}. Apesar de ser esperado o acometimento desses dentes, deve-se ressaltar que a doença pode levar à perda precoce. Caninos e primeiros molares inferiores decíduos

esfoliam em média, aos 10 anos de idade²¹. No nosso relato, a criança tinha cinco anos quando houve o diagnóstico da periodontite e a perda precoce dos dentes 84 e 73. A perda dentária, assim como a migração dos dentes e a alteração na função e na estética, são alguns dos impactos negativos da periodontite⁵.

A exodontia do 73 e do 84 foi indicada devido à severa mobilidade. Tratamento semelhante foi realizado em estudos anteriores que relataram casos de periodontite em crianças com idade a partir de três anos^{10,11,13}. Além do procedimento cirúrgico, a paciente recebeu orientações de higienização bucal para controlar a infecção e tentar recuperar o tecido ósseo na região do dente 73. Essas medidas devem fazer parte do plano de tratamento de qualquer paciente odontopediátrico, mas se destacaram neste estudo em que foram indicadas para evitar a progressão da doença periodontal. O sucesso do tratamento periodontal está relacionado com a higienização bucal exercida de forma correta e com constância, associada às visitas regulares ao consultório odontológico para a realização do desbridamento mecânico, raspagem e alisamento radicular, quando necessário¹³. Neste caso, observamos melhora na higienização bucal e no quadro periodontal ao longo do tempo. Acreditamos que o comprometimento da paciente e do cuidador com a manutenção da higienização bucal foram indispensáveis para o sucesso do tratamento.

Uma segunda etapa de tratamento foi realizada para minimizar as consequências bucais da doença⁵. Ela envolveu uma abordagem multidisciplinar que combinou a odontopediatria e a ortodontia para a instalação de aparelho para correção dos diastemas e recuperação de espaço. Assim que se optou pela exodontia, planejou-se a instalação de um mantenedor de espaço para guiar a erupção do dente permanente e reduzir a necessidade de tratamentos ortodônticos mais complexos²². Idealmente, o mantenedor de espaço deve ser instalado imediatamente após a exodontia²³. Entretanto, no nosso caso, isso não foi possível porque a paciente retornou para consulta três meses após a exodontia, quando já havia perda de espaço e migração dentária.

O acompanhamento periódico do paciente pediátrico para consultas preventivas - tanto prevenção de doenças como a cárie dentária quanto para evitar maloclusões - é uma dificuldade na prática clínica. Em um estudo realizado com pais de crianças que tiveram perda precoce de dentes decíduos, verificou-se que eles dão maior atenção ao tratamento curativo do que à prevenção²⁴. A maioria dos pais não conhece os danos causados pela perda precoce dos dentes decíduos e a necessidade de intervenção após a exodontia^{24,25}. Isso pode ter acontecido no nosso caso. É possível que as ausências às consultas agendadas para a instalação do mantenedor de espaço, imediatamente após a exodontia, sejam justificadas pelo conhecimento deficiente dos cuidadores sobre a importância da intervenção ortodôntica interceptativa. Devido às alterações no posicionamento dos dentes, o planejamento ortodôntico de prevenção da perda de espaço foi modificado para outro que visou à correção dos diastemas e a recuperação do espaço. Para minimizar o risco de ausências nas consultas e prejuízos aos resultados do tratamento ortodôntico, a criança e o cuidador foram novamente esclarecidos sobre os seus objetivos e necessidade de acompanhamento frequente.

O delineamento do estudo é outra limitação que se soma a não realização da sondagem periodontal e da radiografia periapical, à dificuldade no acompanhamento da criança e à baixa colaboração. Esse tipo de estudo tem baixo nível de evidência²⁶ e as suas conclusões limitadas por envolver apenas um ou um pequeno número de participantes e não haver um grupo controle que permita a comparação das intervenções²⁷. Apesar dessas limitações, acreditamos que este relato de caso é relevante por fornecer informações sobre o diagnóstico e o tratamento de uma condição com baixa prevalência que não é encontrada rotineiramente na clínica odontológica. As informações apresentadas e discutidas podem auxiliar outros cirurgiões-dentistas na identificação e no tratamento de crianças com periodontite.

Conclusões

Nesse estudo, o diagnóstico da periodontite envolveu a avaliação de informações obtidas em exame clínico, radiografias e histórico familiar. O diagnóstico diferencial para condições relacionadas à cárie dentária e ao processo de esfoliação é importante. O tratamento, visando interromper a doença, consistiu em exodontia e instalação de aparelho ortodôntico. O diagnóstico e o controle da periodontite o mais breve possível são importantes para minimizar os danos às dentições decídua e permanente.

Referências

- 1 - Reynolds I, Duane B. Periodontal disease has an impact on patients' quality of life. *Evid Based Dent*. 2018; 19(1): 14-15.
- 2 - Moghaddam LF, Vettore MV, Bayani A, Bayat AH, Ahounbar E, Hemmat M *et al*. The association of oral health status, demographic characteristics and socioeconomic determinants with oral health-related quality of life among children: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatr*. 2020; 20(1): 489.
- 3 - Lopez R, Fernandez O, Baelum V. Social gradients in periodontal diseases among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006; 34(3): 184-196.
- 4 - Corraini P, Pannuti CM, Pustiglioni AN, Romito GA, Pustiglioni FE. Risk indicators for aggressive periodontitis in an untreated isolated young population from Brazil. *Braz Oral Res*. 2009; 23(2): 209-215.
- 5 - Bouziane A, Hamdoun R, Abouqal R, Ennibi O. Global prevalence of aggressive periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol*. 2020; 47(4): 406-428
- 6 - Susin C, Haas AN, Albandar JM. Epidemiology and demographics of aggressive periodontitis. *Periodontol 2000*. 2014; 65(1): 27-45.
- 7 - Miller K, Treloar T, Guelmann M, Rody Jr WJ, Shaddox LM. Clinical characteristics of localized aggressive periodontitis in primary dentition. *J Clin Pediatr Dent*. 2018; 42(2): 95-102.
- 8 - Bimstein E. Seven-year follow-up of 10 children with periodontitis. *Pediatr Dent*. 2003; 25(4): 389-396.
- 9 - Mros ST, Berglundh T. Aggressive periodontitis in children: a 14-19-year follow-up. *J Clin Periodontol*. 2010; 37(3): 283-287.
- 10 - Portaro CP, Chópito YG, Cárdenas AC. Generalized aggressive periodontitis in preschoolers: report of a case in 3-1/2 year old. *J Clin Pediatr Dent*. 2008; 33(2): 155-9.

- 11 - Cunha RF, Machado AC, Watababe S, Freire IR, Goiato MC, Júnior EGJ. A combination of clinical and microbiological management of generalized aggressive periodontitis in primary teeth. A case report. *Int J Paediatr Dent.* 2012; 22(4): 310-316.
- 12 - Spoerri A, Signorelli C, Erb J, Van Waes H, Schmidlin PR. Rare case of generalized aggressive periodontitis in the primary dentition. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2014; 15(6): 443-447.
- 13 - Piergallini G, Malerba A, Mazzucchelli L, Strohmenger L. Generalized aggressive periodontitis in prepubertal age: description and comparison of two cases. *Pediatr Med Chir.* 2014; 36(4): 95.
- 14 - Mass E, Hershkovitz F, Zilberman U. Localised aggressive periodontitis in a 3-year-old-boy. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2018; 19(1): 61-63.
- 15 - Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D *et al.* The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *Glob Adv Health Med.* 2013; 2(5): 38-45.
- 16 - Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S *et al.* A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol.* 2018; 89 (Suppl 1): S1-S8.
- 17 - American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry.* Chicago, III. American Academy of Pediatric Dentistry; 2021: 306-324.
- 18 - Albandar JM. Aggressive periodontitis: case definition and diagnostic criteria. *Periodontol.* 2000; 65(1): 13-26.
- 19 - Merchant SN, Vovk A, Kalash D, Hovencamp N, Aukhil I, Harrison P, Zapert E, Bidwell J, *et al.* Localized aggressive periodontitis treatment response in primary and permanent dentitions. *J Periodontol.* 2014; 85(12): 1722-1799.
- 20 - Bimstein E. Radiographic description of the distribution of aggressive periodontitis in primary teeth. *J Clin Paediatr Dent.* 2018; 42(2): 91-94.
- 21 - Ripa LW, Leske GS, Sposato AL, Simon GA, Moresco TV. Chronology and sequence of exfoliation of primary teeth. *J Am Dent Assoc.* 1982; 105(4): 641-644.
- 22 - Dean JA, Avery DIR, McDonald RE. Chapter 23 - Dental problems of children with special, health care, needs. In *Dentistry for the Child and Adolescent*, 11th ed. Mosby, Inc.: St. Louis; MI; USA; 2016.
- 23 - Albaty M, Showlag R, Akili A, Hanafiyah H, Alnashri H, *et al.* Space maintainers application, indication and complications. *Int J Community Med Public Health.* 2018; 5(11): 4970-4974.
- 24 - Zhang N, Wang S, Zheng W, Chen XM, Li XX. Cognitive investigation and analysis of space loss in children. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue Shangai J Stomatol.* 2021; 30(2): 177-181.

- 25** - Ali A, Hebbal M, Aldakheel N, Al Ghamdi N, Eldwakhly E. Assessment of parental knowledge towards space maintainer as an essential intervention after premature extraction of primary teeth. *Healthcare*. 2022; 10(6): 1057.
- 26** - Arieta-Miranda JM, Ruiz-Yasuda CC, Vargas LFP, Ricse DAT, Díaz SP, *et al.* New pyramid proposal for the levels of scientific evidence according to SIGN. *Plast Reconstr Surg*. 2022; 149(4): 841e-843e.
- 27** - Parente RCM, Oliveira MAP, Celeste RK. Relatos e série de casos na era da medicina baseada em evidência. *Bras J Video-Sur*. 2010; 3(2): 67-70.

Diagnosis and treatment of periodontitis in children: case report

Abstract

Periodontitis is an uncommon condition in deciduous dentition. The aim of this study is to report the diagnosis and treatment of periodontitis in a child with deciduous dentition. A five-year-old girl attended the pediatric dentistry clinic of the private institution Centro Universitário Sul-Americana to monitor her oral condition. Clinically, pathological mobility was observed in teeth 73, 83 and 84 and good oral hygiene. On panoramic radiography, radiolucent imaging corresponding to bone resorption was noted in the corresponding region of the mentioned teeth. The child did not present any systemic problems and had a family history of periodontal disease. In view of the clinical and radiographic findings, the diagnosis was of periodontitis. The exodontia of 84 and 73 and guidelines on oral hygiene were performed. After three months, no tooth mobility was observed, there was loss of space in the region of 84 and 73 and interincisive diasthemes. Hawley plate with spring was installed for diastheme correction and space recovery. Five months later, bone formation was observed in the region affected by periodontitis. In this clinical case, periodontitis led to early loss of deciduous teeth and alteration in occlusion. The diagnosis and control of this condition is important to minimize damage to deciduous and permanent dentitions.

KEYWORDS: Periodontitis; Space maintenance orthodontic; Child preschool.

Como citar este artigo

Costa LPS, Costa SCS, Torres HM, Corrêa-Faria P. Diagnóstico e tratamento de periodontite em criança: relato de caso. Rev Odontol Bras Central 2023; 32(91): 168-181. DOI: 10.36065/robrac.v32i91.1636