

Avaliação do Sucesso da Terapia Periodontal Não Cirúrgica. Follow up de Período Curto

Evaluation of the Success of Nonsurgical Periodontal Therapy. Short Time Follow-up

Alessandra N. PORTO¹, Álvaro H. BORGES¹, Tereza A. D. V. SEMENOFF¹, Christiane N. LIMA², Juliana D. SILVA³, Iussif M. NETO⁴, Alex SEMENOFF SEGUNDO¹

1 - Professor Doutor de Pós-Graduação – Mestrado em Ciências Odontológicas da Universidade de Cuiabá-UNIC- Mato Grosso-MT.

2 - Especialista em Periodontia.

3 - Graduanda do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade de Cuiabá- UNIC- Mato Grosso-MT.

4 - Professor Adjunto do Curso de Graduação em Odontologia da UNIP-Brasília- DF.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o sucesso do tratamento periodontal não cirúrgico após 6 meses da conclusão da terapia periodontal. **Materiais e Métodos:** um total de 11 indivíduos foi selecionado com base em critérios previamente estabelecidos de modo a assegurar a consistência dos resultados. Os exames supragengivais e subgengivais consideraram o índice de placa visível (IPV); o índice de sangramento gengival (ISG); a profundidade de sondagem (PS), o nível clínico de inserção (NIC) e sangramento a sondagem (SS) obtidos no início e no final do tratamento. Os dados foram agrupados em faces livres (vestibular e lingual) e faces proximais (mesial e distal), sendo comparados os resultados dos exames iniciais com os exames finais, realizados no

estudo. Os testes estatísticos utilizados foram: o teste T de Student e o teste Qui-Quadrado, ambos para uma significância de 5%. **Resultados:** verificou-se que os pacientes apresentaram redução de todos os parâmetros clínicos analisados, confirmado pela média dos indicadores IPV, ISG, SS, PS e NIC dos pacientes tratados. **Conclusão:** foi observado melhora nos indicadores de saúde periodontal, após três meses da terapia periodontal não cirúrgica, isentando os pacientes do desconforto pós-cirúrgico e sem afetar o sistema imunológico dos mesmos, através de anti-biótico terapia.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontite, raspagem dentária, manutenção.

INTRODUÇÃO

A Odontologia enquanto ciência, em especial a Periodontia, tem passado, ao longo do tempo, por importantes mudanças paradigmáticas. A medicina periodontal mostra a nova forma de entender o processo saúde-doença, considerando fatores de ordem comportamental, sistêmica, genética, dentre outros, como corresponsáveis pelo processo etiopatogênico¹. A doença periodontal é uma patologia infecciosa, modulada pela resposta inflamatória do indivíduo, tendo o biofilme dental como fator etiológico desta doença que sofre influencia de vários fatores locais (restaurações insatisfatórias, presença de cálculo salivar) bem como de fatores sistêmicos (obesidade, diabetes, fator genético e uso de tabaco)²⁻⁶.

Os principais objetivos da terapia periodontal são redução da inflamação, por meio da remoção dos microrganismos presentes subgengivalmente contidos no cálculo, cimento e dentina contaminada, ganho de inserção clínica, além da manutenção dos níveis de inserção estáveis ao longo do tempo⁷. É realizada por meio do debridamento radicular com diversos instrumentos raspadores, consultas de motivação e instrução de higiene bucal. Entretanto, para atingir esses objetivos há diferentes modalidades terapêuticas, entre as quais, raspagem através de acesso cirúrgico^{8,9} e não-cirúrgico¹⁰, raspagem associada a anti-bióticos^{11,12} e as terapias *full mouth*, associadas ou não ao uso de fármacos¹³.

Na literatura, os resultados dos estudos mostram as técnicas cirúrgicas e não cirúrgicas para o tratamento periodontal são efetivas no controle longitudinal, quando o controle de placa é eficientemente realizado pelo paciente¹⁴. Entretanto, existe um consenso entre autores de que a meta da terapia periodontal é produzir uma relação biológica compatível entre a superfície radicular e os tecidos do periodonto remanescentes^{7,8}. Para se considerada bem sucedida, a terapia deve suspender a inflamação, promovendo regeneração ou reparo, prevenindo a recorrência da doença¹⁴.

Uma vez concluído o tratamento, o paciente é conduzido a consultas de manutenções da saúde do periodonto ou terapias de suporte¹⁰. Nesse sentido há necessidade das bolsas profundas serem avaliadas subgengivalmente após um período mínimo de 3-6 meses^{8,10,15}. Importante ressaltar que antes dos três meses é indicado o indivíduo realizar consultas de motivação e instrução de higiene bucal no consultório odontológico supervisionado por profissional devidamente qualificado^{15,16}. Baseado nestas considerações, o objetivo do presente estudo foi avaliar o sucesso do tratamento periodontal não cirúrgico após 6 meses da conclusão da terapia periodontal.

MATERIAL E MÉTODO

O estudo foi realizado em pacientes que frequentaram a Clínica do curso de pós-graduação em Periodontia. Os mesmos

foram selecionados após avaliação, triagem e tratamento periodontal não-cirúrgico (curetas e ultrassom), realizado por especializando em periodontia. A seleção dos pacientes se deu no período de fevereiro a dezembro de 2011. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Cuiabá- sob o nº 057-2012. Foi atendido um total de 96 pacientes na clínica, com diversas necessidades, desde terapia conservadora até procedimentos cirúrgicos diversos. Desse total, 43 pacientes foram selecionados com necessidade não cirúrgica. Por fim, foram selecionados 11 pacientes, sendo 6 do gênero masculino e 5 do feminino. A faixa etária foi entre 31 a 56 anos, pertencentes à classe social, segundo a Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa – ABEP - (C e D). No que concerne ao tipo racial, foram: leucoderma (3), feoderma (2) e melanoderma (6). Os critérios de inclusão consistiram dos seguintes aspectos: pacientes diagnosticados com periodontite com profundidade de sondagem maior que 4mm associados a sangramento à sondagem; possuir no mínimo 10 dentes presentes na boca; não ter submetido a tratamento periodontal nos últimos 12 meses; não fumantes; ausência de patologia de base que pudesse influenciar na progressão da periodontite e, também, que não fizessem uso de antibióticos nos 6 meses anteriores ao início do tratamento.

Inicialmente, foi realizada a anamnese, exame extraoral e posteriormente avaliação clínica oral. Decorrido o exame intra-bucal procedeu-se ao exame clínico periodontal divididos em supragengivais avaliados em quatro sítios: vestibular, mesial e lingual/palatino e os subgengivais em 6 sítios (mesiovestibular, mediovestibular, distovestibular, mesiolingual, mediolingual, distolingual) tendo como auxílio um espelho clínico e uma sonda periodontal milimetrada (Hu-Friedy – PCP15 -, Chicago - EUA), além do equipamento odontológico. Ressalta-se que todos os exames foram realizados por um examinador sênior, devidamente treinado.

Os exames supragengivais utilizados foram o índice de placa visível (IPV) que considera a presença de biofilme visível em todas as faces dos dentes, após secagem e observação, permitindo verificar a capacidade de controle de placa do paciente¹⁶. Índice de Sangramento Gengival (ISG) foi realizado com a inserção de uma sonda periodontal, cerca de 0,5 mm dentro do sulco gengival, fazendo correr a mesma por toda sua extensão delicadamente. Aguardam-se alguns momentos para verificar se ocorreu ou não sangramento na gengiva marginal. A presença de sangramento demonstra que a higiene não está sendo realizada na frequência correta e complementa as informações para o diagnóstico de gengivite¹⁷.

Os exames subgengivais utilizados fora a profundidade de sondagem (PS) mensurada a partir da distância da margem gengival ou da mucosa ao fundo da bolsa ou sulco periodontal, em milímetros; o nível clínico de inserção (NIC) obtido pela distância da junção amelo-cementária ao fundo do sulco/bolsa¹⁸; presença de exsudato/sangramento (SS) avaliado pela presença ou ausência espontânea ou após sondagem subgengival, sendo também dicotômico para sulco/bolsa periodontal¹⁹.

Destaca-se que todos os pacientes realizaram radiografias periapicais como complementos para auxílio do diagnóstico e tratamento.

O tratamento consistiu inicialmente em terapia supragengival, visando à redução do edema, instrução e motivação do

paciente. Terminada essa etapa os pacientes foram submetidos à terapia subgengival, sempre sob anestesia local (Cloridrato de Lidocaína a 2% com Adrenalina 1:100.000, DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). A terapia adotada foi a não cirúrgica com raspagem subgengival com curetas, limas e com aparelho de ultrassom (Dabi-Atlante, Ribeirão Preto – Brasil). Salienta-se que, mensalmente, os pacientes recebiam reforço de instrução de higiene e motivação profissional.

Decorrido o prazo de seis meses, após o término do tratamento, os pacientes foram submetidos à consulta de terapia periodontal de suporte (TPS), que constituía de novo exame clínico periodontal como já descrito, para avaliação do processo saúde x doença. Os dados foram agrupados em faces livres (vestibular e lingual) e proximais (mesial e distal), sendo comparados os resultados dos exames iniciais com os exames finais, realizados no estudo. Os testes estatísticos utilizados foram o *T-Student* e Qui-Quadrado, ambos para uma significância de 5%.

RESULTADO

Os resultados do estudo, no que se refere ao exame supragengival, demonstraram que os pacientes melhoram significativamente a higiene bucal comparado ao primeiro exame ($p < 0,05$). Para a avaliação subgengival os resultados demonstraram que houve redução significativa do sangramento a sondagem ($p < 0,05$), conforme descrito na Tabela 1. Destaca-se que, ambos os resultados foram transformados em arco cosseno com objetivo de demonstrar maior fidedignidade dos resultados quando comparados à porcentagem.

Tabela 1: Valores da mensuração do Índice de placa visível (IPV) e sangramento a sondagem subgengival (ISS), transformados em porcentagem para arco cosseno.

	Exames	Média	Desvio Padrão
IPV	Inicial	5,05	0,13
	Final	3,10*	0,83
SS	Inicial	3,54	1,81
	Final	1,58*	1,42

*diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Os resultados do estudo em relação às mensurações de profundidade de sondagem (PS) e nível de inserção clínica (NIC) demonstraram ser diferentes estatisticamente, quando comparados o exame inicial com o exame de no mínimo três meses após o tratamento ($p < 0,05$), visualizados na Tabela 2.

Tabela 2: Valores das mensurações da profundidade de sondagem (PS) e nível de inserção clínica (NIC), em milímetros.

	Exames	N	Média	Desvio Padrão
PS	Inicial	11	5,72	1,51
	6 meses	11	4,18*	1,07
NIC	Inicial	11	4,62	2,05
	6 meses	11	2,53*	0,97

*diferenças estatisticamente significantes.

DISCUSSÃO

Os resultados do trabalho indicam que a terapia periodontal realizada foi eficiente após seis meses de avaliação, período de convalescência. Existem diferentes formas de tratamento periodontal, dentre as quais a raspagem por acesso cirúrgico ou não. Na literatura, tem sido observado que o grupo de dentes que foram tratados com raspagem e alisamento radicular e os grupos de raspagem com acesso cirúrgico em bolsas profundas não demonstram diferenças estatisticamente significantes⁹. Tal fato está de acordo com outros trabalhos nesta linha que têm claramente demonstrado que a periodontite pode ser controlada por terapia convencional de raspagem¹⁰ e sem uso de medicações adicionais coadjuvantes¹³, como realizado neste estudo.

Outra forma de tratamento periodontal é o *full-mouth*, que consiste de tratamento rápido, no máximo de 48 horas, que visa desestruturar o biofilme e possibilitar melhor resposta imuno-inflamatória do indivíduo^{12,13}. Na comparação da terapia *full-mouth* e terapia convencional, percebe-se semelhança de resultados nas avaliações longitudinais¹³. O correto diagnóstico associado ao tratamento por meio de desbridamento das raízes e consultas de motivação para desorganização do biofilme supragengival, tornam-se eficientes e capazes de resolver a maioria dos problemas relacionados à doença periodontal⁹.

No que diz respeito ao uso de antibióticos como terapias para o tratamento periodontal, existem autores que descrevem bons resultados, mas alguns cuidados e especificidade da indicação devem ser observadas¹¹. Estas especificidades são relacionadas com *Actinobacillus actinomycetemcomitans* e na chamada periodontite agressiva¹². A partir do uso indiscriminado e não consciente poder-se-á criar sérias dificuldades de resistência bacteriana dentro do biofilme oral e até mesmo sistêmico²⁰. Neste presente trabalho optou-se por não utilizá-lo, pelas características de progressão da doença e pelo histórico da anamnese.

Neste estudo foi possível constatar significativa melhora nos parâmetros clínicos supragengivais e subgengivais após 6 meses do término do tratamento periodontal, não sendo necessária a realização de outros procedimentos como novas raspagens ou terapia cirúrgica a retalho. Uma das grandes dificuldades encontradas no estudo foi a ausência de retornos e a consequência de perda da amostra. A este respeito parece ser um problema também em outros estudos²⁰. Dos pacientes avaliados após seis meses um deles foi excluído por haver um sextante sem raspagem subgengival – presença de cálculos salivares. Este fato ocorreu por falta de atenção de um dos alunos e de observação dos professores que anotou na ficha como tratamento terminado.

Certamente uma amostra maior poderia tornar o estudo mais interessante. Contudo, o padrão de resposta obtida torna-o interessante, além das terapias serem realizadas por alunos, o que certamente obterá os mesmos resultados em seus consultórios. Diante aos resultados deste trabalho, atingiu-se o objetivo de reduzir os níveis de mediadores inflamatórios a partir das respostas clínicas. Espera-se que os pacientes mantenham-se envolvidos na higiene bucal e quando solicitados retornem nas consultas de manutenções da saúde bucal.

CONCLUSÃO

Dentro das limitações da metodologia proposta neste estudo foi possível concluir que houve melhora nos indicadores de

saúde periodontal, após a avaliação de seis meses de terapia periodontal não cirúrgica e sem uso de antibióticos.

REFERÊNCIAS

- Teles FR, Teles RP, Uzel NG, Song XQ, Torresyap G, Socransky SS, Haffajee AD. Early microbial succession in redeveloping dental biofilms in periodontal health and disease. *J Periodontol Res*. 2012;47(1):95-104.
- Souza AB, Chambrone L, Okawa RTP, Oliveira e Silva C, Araújo MG. A obesidade como fator de risco para doença periodontal: revisão de literatura. *Rev Dental Press Periodontia Implantol*. 2010;4(4):34-43.
- Sashi Kanth YV, Aravind Kumar P, Swarupa CH. Two way relation of diabetes mellitus and periodontitis - a review. *Annals and Essences of Dentistry*. 2012;4(1):35-8.
- Laine ML, Crielaard W, Loos BG. Genetic susceptibility to periodontitis. *Periodontol 2000*. 2012;58(1):37-68.
- Kumar S, Prabu D, Kulkarni S, Dagli RJ. Tobacco as risk factor for periodontal disease in green marble mine laborers of Rajasthan, India. *Braz J Oral Sci*. 2008;7(27):10-14.
- Kiss E, Sewon L, Gorzó I, Nagy K. Salivary calcium concentration in relation to periodontal health of female tobacco smokers- a pilot study. *Quintessence Int*. 2010;41(9):779-85.
- Zandbergen D, Slot DE, Cobb CM, Van der Weijden FA. The clinical effect of scaling and root planning and the concomitant administration of systemic amoxicillin and metronidazole: a systematic review. *J Periodontol*. 2012;21:1-29.
- Ramfjord SP, Knowles JW, Nissle RR, Burgett FG, Shick RA. Results following three modalities of periodontal therapy. *J Periodontol*. 1975;46(9):522-6.
- Paul GT, Hemalata M, Faizuddin M. Modified widman flap and non-surgical therapy using chlorhexidine chip in the treatment of moderate to deep periodontal pockets: a comparative study. *J Indian Soc Periodontol*. 2010;14(4):252-6.
- Apatzidou DA, Kinane DF. Nonsurgical mechanical treatment strategies for periodontal disease. *Dent Clin North Am*. 2010;54(1):1-12.
- Rodrigues AS, Lourenção DS, Lima Neto LG, Pannuti CM, Crespo Hirata RD, Hirata MH, Lotufo RF, De Micheli G. Clinical and microbiologic evaluation, by real-time polymerase chain reaction of non-surgical treatment of aggressive periodontitis associated with amoxicillin and metronidazole. *J Periodontol*. 2012;83(6):744-52.
- Aimetti M, Romano F, Guzzi N, Carnevale G. Full-mouth disinfection and systemic antimicrobial therapy in generalized aggressive periodontitis: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Periodontol*. 2012;39(3):284-94.
- Zijngje V, Meijer HF, Lie MA, Tromp JAH, Degener JE, Harmsen HJM, Abbas F. The recolonization hypothesis in a full-mouth or multiplesession treatment protocol: a blinded, randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2010;37(6):518-25.
- Lindhe J, Westfelt E, Nyman S, Socransky SS, Haffajee AD. Long term effect of surgical/nonsurgical treatment of periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1984;11(7):448-58.
- Calvo A, Bastos FM, Neves GN, Martins SC, Cortelli JR. Avaliação do uso de periochip em bolsas periodontais profundas. *Rev BiociêncTaubaté*. 2012;8(2):51-8.
- Desai SR, Shinde HH. Correlation of interdental and interradicular bone loss in patients with chronic periodontitis: a clinical and radiographic study. *Niger J Clin Pract*. 2012;15(2):125-31.

17. Kusma SZ, Moysés ST, Moysés SJ. Health promotion: perspectives for evaluation of oral health in primary healthcare. *Cad Saude Publica*. 2012;28 Supp: s9- s19.
18. Ramfjord S. The periodontal disease index. *J Periodontology*. 1967;38(6):610-6.
19. Clafey N, Egelberg J. Clinical indicators of probing attachment loss following initial periodontal treatment in advanced periodontitis patients. *J Clin Periodontol*. 1995;22(9):690-6.
20. Axelsson P, Nyström B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2004;31(9):749-57.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the success of nonsurgical periodontal treatment after 6 months of completion of periodontal therapy. **Material and Methods:** A total of 11 individuals was selected based on criteria established in advance in order to ensure consistency of results. Tests supragingival and subgingival considered the visible plaque index (VPI), the gingival bleeding index (GBI), probing depth (PD) and clinical attachment level (NIC), obtained at the beginning and end of treatment. The data were grouped into free faces (facial and lingual) and proximal surfaces (mesial and distal) and compared the results of initial tests with the final exams in the study. Statistical

tests used were Student's t test and chi-square test, both for a 5% significance. **Results:** we found that patients showed a reduction in all clinical parameters were analyzed and confirmed by the average indicators of IPV, SS, PS and NIC of patients treated by exempting them from the post-surgical discomfort and without affecting the immune system of individuals. **Conclusion:** There was improvement in indicators of periodontal health, after the evaluation of six months of nonsurgical periodontal therapy, freeing patients from the discomfort after surgery and without affecting the immune system of the same.

KEYWORDS: Periodontitis, non-surgical periodontal treatment, periodontal therapy support.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Alessandra Nogueira Porto – Rua Manoel Ferreira Mendonça, 149.
Bairro Bandeirantes- Cuiabá-MT-78010-160 – Brasil.
Phone and fax: +55 (65) 3624-0177
email: aleporto@terra.com.br