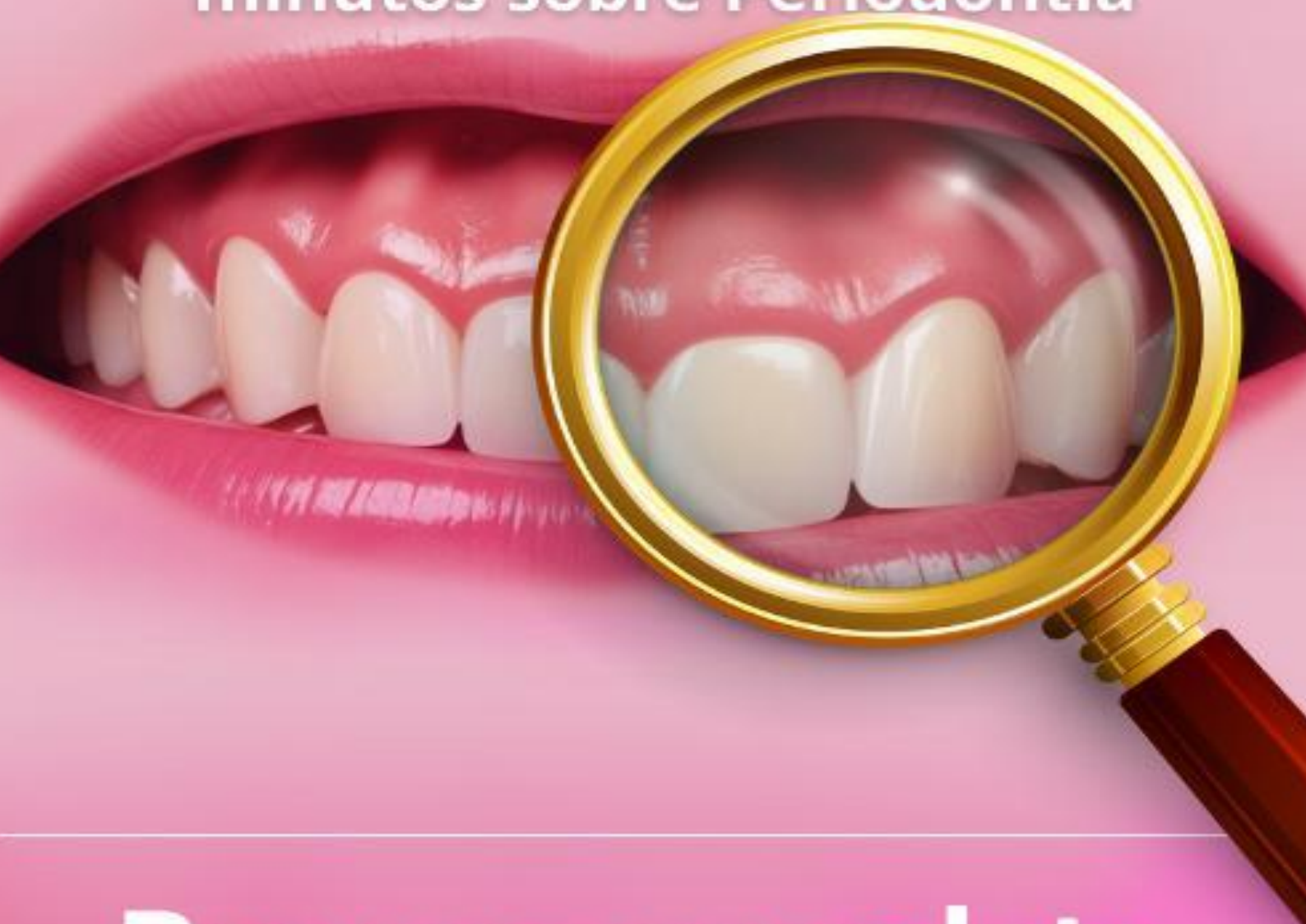


Harrison Ribeiro Costa

RESUMOS NOTA 10

PERIODONTIA

Tudo o que você precisa em poucos minutos sobre Periodontia



Resumo completo

**Cansado de estudar
sem resultado?
temos a solução.**

DentistaON



Cursos e Resumos



Portal de vagas



Certificados



**Horas
complementares**



**assinaturas
mensais e anuais**

DENTISTA ON

INTRODUÇÃO A PERIODONTIA

PERI = em torno de + **ODONTO** = Dente

Periodonto são as estruturas em torno dos dentes que os **proteção** e **sustentam** os ossos maxilares e mandibulares.

Gengiva é uma mucosa de revestimento que tem a função de proteger o dente composto pelo periodonto de proteção e sustentação.

Periodonto de proteção:

TEM O PODER DE REVESTIR

- **Gengiva Marginal lírica ou não inserida:** É a margem que circunda os dentes em forma de colarinho mede cerca de 1 mm (é móvel).

- **Gengiva Inserida:** É inserida no osso alveolar é firme, resistente, também é conhecida como mucosa mastigatória (é fixa).

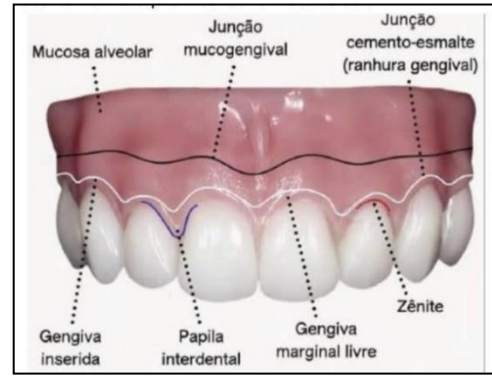
- **Gengiva Papilar/papila interdental:** Preenche o espaço entre 2 dentes adjacentes (próximos ao lado) próximo da crista óssea alveolar abaixo do ponto de contato.

*Paraqueratinizado: tem núcleo

*Queratinizado: não tem núcleo

- **Mucosa Alveolar:** Delimitação entre a mucosa alveolar e a gengiva inserida. Apresenta a ligação com o osso alveolar subjacente.

*Junção muco gengival: separa a gengiva da mucosa.



Periodonto de sustentação:

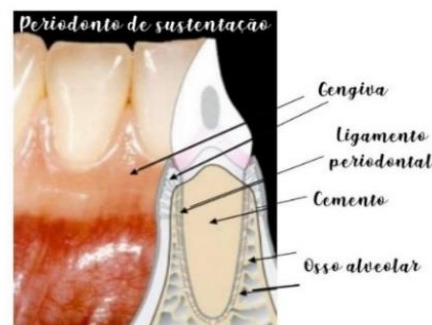
É a garantia que o dente fique no osso

- **Ligamento periodontal:** Se caracteriza pela **união** entre o dente e o osso alveolar, e articulação (gonfose) que são duas porções calcificadas.

- **Ossos alveolar:** Camada de tecido ósseo que reveste/circunda os dentes.

- Osso basal – independente da presença do dente
- Processo alveolar – dependente da presença do dente
- Osso alveolar – dependente da presença do dente

- **Cimento:** É um tecido mineralizado semelhante ao osso que reveste a porção radicular da dentina. Não possui remodelação, vasos sanguíneos e nervos.



- Gengiva Sangrando = não é saudável.

Gengivite: É uma doença inflamatória de origem infecciosa que acomete as estruturas de proteção do periodonto ao redor do dente = gengivite.

- Não há perda de inserção;
- Profundidade clínica de sondagem - 3mm;
- Sangramento a sondagem;
- (reversível trata e recupera);

Ao redor de um implante = mucosite, pré implantar

Periodontite: É uma infecção bacteriana dos tecidos, que envolve os tecidos, ligamentos e ossos específicos que envolvem e sustentam os dentes.

- Perda de inserção óssea;
- Profundidade clínica de sondagem + 3 mm;
- (irreversível pode tratar a inflamação, porém não traz o tecido novamente);

GENGIVITE pode evoluir para uma PERIODONTITE, mas uma PERIODONTITE não evolui para uma GENGIVITE.



LIGAMENTO PERIODONTAL

- Circunda as raízes dos dentes
- É o contínuo com o tecido conjuntivo gengival em direção coronária

- Une o cemento radicular ao osso alveolar

Função:

Distribuição de forças mastigatórias e contato oclusal para serem absorvidas pelo processo alveolar;

Pericementite: é uma inflamação que ocorre em volta do cemento.

(dentro do espaço de ligamento é a região onde mais se encontra células mesenquimais indiferenciadas).

- Mobilidade dentária; é determinada pela largura, altura e qualidade do ligamento periodontal.

Grau 1: até 1mm horizontalmente

Grau 2: mais de 1 mm horizontalmente

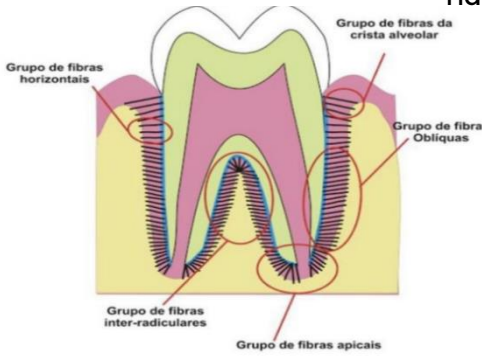
Grau 3: mobilidade vertical

Principais Fibras que fazem parte da função do periodonto de sustentação.

SENSORIAL: o ligamento tem função sensível por causa da presença de células proprioceptores nas fibras.

As fibras são divididas de acordo com sua posição no interior do alvéolo dentinário, são divididas em:

- horizontais, oblíquas (que são responsáveis pela sustentação do dente) e
- apicais (que são ausentes no caso de rizogênese incompleta e da crista alveolar).



Tipos celulares:

Fibroblastos;
Restos ep. De malassez;
Células do tecido conjuntivo;
Cementoblastos;
Osteoblastos;
Osteoclastos;

ESPAÇO BIOLÓGICO

É o espaço de proteção do dente, que é a principal linha de defesa contra bactérias patogênicas entre o dente e o osso.

Epitélio Juncional: É a parte entre dente e a gengiva e assim desempenha um papel extremamente importante na saúde ou doença periodontal.

EPITELIO JUNCIONAL +
INSERÇÃO CONJUNTIVA

=

É O ESPAÇO DE INSERÇÃO

EPITELIO DO SULCO +
INSERÇÃO CONJUNTIVA

=

ESPAÇO BIOLÓGICO

Osteoblastos: São células diferenciadas que se proliferam, são responsáveis pela formação óssea.

Osteócitos: Traduzem sinais mecânicos em mediadores bioquímicos para os eventos anabólicos e catabólicos no osso.

Osteoclasto: células diferenciadas que são responsáveis pela reabsorção óssea, secreta as enzimas que degradam os componentes minerais e orgânicos

CEMENTO RADICULAR

- Reveste as superfícies radiculares da dentina não possui vasos e nervos;
- Tecido conjuntivo mineralizado = 65% hidroxiapatita;

Funções:

1. inserir fibras do ligamento periodontal na raiz;
2. contribuir para o processo de reparo após danos à superfície radicular;

Tipos de cimento:

- 1- **Acelular** afibrilar; reveste a porção coronária do esmalte;
- 2- **Acelular** e fibrilar (extrínsecas); reveste as porções coronais e médias das raízes;(fibras de sharpey)
- 3- **Celular** e fibrilar (intrínsecas): não tem estrutura de ancoragem está localizado em áreas de reparo na reabsorção de raízes;

- 4- **Celular** estratificado mistas: porção apical e áreas de furca, é poroso e frágil;

PARÂMETROS CLÍNICOS:

Bolsa Periodontal

É o aprofundamento do sulco entre gengiva e o osso, resultando na perda óssea,

Profundidade clínica de sondagem (PCS)

Distancia da margem gengival ao fundo gengival ou bolsa periodontal;

Nível clínico de inserção (NCI)

Distancia da junção ao fundo do sulco gengival ou bolsa periodontal; NCI- (mm)
Profundidade clínica de sondagem - (mm)
margem gengival - (mm)

NÍVEL CLÍNICO DE INSERÇÃO =

Profundidade Clínica de Sondagem -

Margem gengival

PCS=5

NCI=4

EX: NCI= 5
- (+1)

PATOGÊNESE DAS DOENÇAS PERIODONTAIS

Etiologia – estudo sobre a origem ou causa de algo;

Patogênese – parte da patologia que se dedica ao estudo detalhado dos modos pelos quais uma doença evolui, se desenvolve;

O que causa a periodontite:

- acúmulo de placa; (mole pode ser retirada com a escovação)

- acúmulo de cálculo; (duro já se aderiu a superfície do dente)

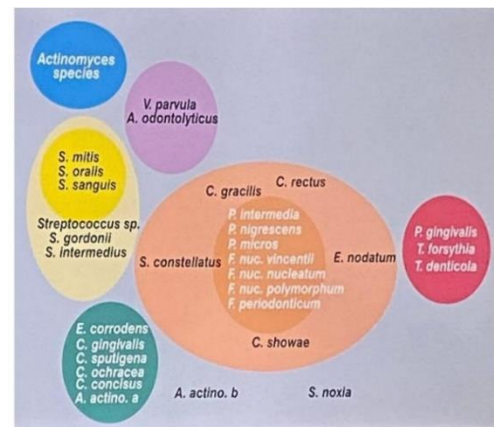
Historia dos estudos ao longo dos anos da periodontia:

Hipótese da placa não específica : “Qualquer microrganismo poderia contribuir para a doença”. Não explicava a doença que progredia em alguns indivíduos e em outros não, mesmo com altos índices de placa.

Hipótese da placa específica :

Reconhecimento de que a composição da placa associada a sítios com perda de inserção, diferia da composição da placa em sítios saudáveis.

Complexos bacterianos



Essas bactérias causam doenças na bolsa periodontal;

- A bactéria *F. nucleatum*, é a bactéria mais importante, pois ela é a que possui mais ligações com as outras bactérias. É a que conhece todo mundo e manda na comunidade bacteriana.
- As próprias bactérias produzem e liberam toxinas que traem outras bactérias e assim sucessivamente.
- As bacterianas da fase **vermelha** são importantes e elas causam principalmente:
 - *P. Gingivalis*: associada com alguns tipos de **periodontite** e também com as **gingivites**.

- T.forsythia: está relacionada com **doenças periodontais**.

➡ - T.denticola: é um importante patógeno endodôntico, vai causar lesões perirradiculares

BIOFILME DENTÁRIO

É uma comunidade organizada de microrganismos que se forma em meio aquoso que contem água, matriz orgânica e microrganismos.

FORMAÇÃO DO BIOFILME DENTAL

1. Colonização bacteriana da película adquirida.

Formação do filme de condicionamento proteínas biologicamente ativas derivadas da saliva.

São chamados de **colonizadores primários**.

2. Coadesão de novas bactérias aquelas já aderidas.

E o início da formação de microcolônias, o que resulta no aumento da massa do biofilme.

São chamados de **colonizadores secundários**.

Passo a Passo:

- Formação da **película adquirida**;
- **Adesão** reversível (forças de walls);
- **Ligação** entre receptores da película e adesivas microbianas;
- **Coadesão** entre colonizadores pirâmides e secundários;
- **Maturação** de multiplicação aumento da biomassa e síntese de exopolímeros;

- **Desprendimento** celular;

A PERIODONTITE é uma doença multifatorial onde as bactérias são necessárias, mas não suficientes para o desenvolvimento da doença.

➡ A doença periodontal é uma doença inflamatória, multifatorial crônica, induzida por biofilme disbiótico, caracterizada pela destruição progressiva das estruturas de suporte do dente.

PROGRESSÃO DAS DOENÇAS PERIODONTAIS

- ♥ Lesão Inicial
- ♥ Lesão Precoce
- ♥ Lesão Estabelecida
- ♥ Lesão Avançada

Patogênese da
Gengivite

Patogênese da
Periodontite

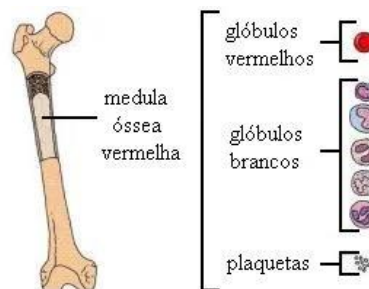
Hematopoese

Processo de formação das células sanguíneas

Células mesenquimais hematopoiéticas;

- Células vermelhas;
- Células brancas;
- Plaquetas

- Na fase adulta a **medula óssea** é a única fonte de células sanguíneas.



Células Brancas ou Leucócitos

Cinco classes principais de leucócitos:



PATOGÊNESE DA GENGIVITE

LESÃO INICIAL

“Gengiva clinicamente saudável”: Lesão subclínica

- 2 a 4 dias após o acúmulo de placa;
- Predomínio de neutrófilos polimorfonucleares (PMNs);
- Predomínio de estreptococos (produzem enzimas que aumentam a permeabilidade do ep. Juncional;
- Aumento da permeabilidade vascular e do fluido crevicular;
- Formação de edema;

LESÃO PRECOSE

- 4 a 7 dias após o acúmulo de placa;
- Predomínio de **Linfócitos e macrófagos**;
- **Degeneração de** fibras colágenas – espaço intercelular;
- Proliferação do ep. juncional;
- Aumento do infiltrado inflamatório;
- Aumento da permeabilidade do sulco e ep juncional (ingresso de produtos bacterianos);

- Aumento da vasodilatação e proliferação vascular;

PATOGÊNESE DA PERIODONTIA

LESÃO ESTABELECIDA

- Infiltrado celular inflamatória densa;
- Predomínio de **plasmócitos e linfócitos B**;
- Epitélio continua a proliferar com prolongamentos para tec. Conjuntivo;
- Epitélio Juncional substituída pelo ep. Da bolsa (migração de PMNs);
- Migração apical do biofilme (contínua produção de citocinas);
- Citocinas inflamatórias, IL-1, IL-7, TNF- α , produzem metaloproteínases da (MMP):
Degradação da matriz extracelular.

LESÃO AVANÇADA

- Configuração celular semelhante á lesão estabelecida;
- Citocinas inflamatórias, IL-1, IL-7, TNF- α , produzem metaloproteínases da (MMP):
Degradação da matriz extracelular;
- Perda do osso alveolar se torna aparente;

FATORES DE RISCO AMBIENTAIS E ADQUIRIDOS

Desafio microbiano

Anticorpos
PMNa

- Antígenos
- LPS

Resposta Imuno-
Inflamatória

Outros fatores da virulência. FATORES DE RISCO GENETICOS

FATORES DE RISCO AMBIENTAIS E ADQUIRIDOS



FATORES DE RISCO GENETICOS

- Interleucinas e TNF- α : Estimulam reabsorção óssea;
- Prostaglandina E2: age sobre fibroblastos e osteoclastos;
- MMPs: degradação dos componentes da matriz extracelular

Fatores de Virulência

Produção de **enzimas** que diferem proteínas extracelulares;

Proteases: digerem colágeno;

Leucotoxina: Induzem de leucócitos;

Endotoxina: Induzem resposta inflamatória;

Endotoxina

→ **Lipopolissacarídeo**

Provoca resposta inflamatória: Macrófagos, monócitos, células dendríticas e linfócitos B entram em contato com LPS, promovendo resposta inflamatória, febre, vasodilatação, etc.

CLASSIFICAÇÃO DAS D.P

Classificação das doenças periodontais

Para que serve?

- Facilitar a comunicação;
- Possibilitar diagnóstico;
- Possibilitar um plano de tratamento adequado;
- Possibilitar pesquisas;

Classificação AAP 1999

Doenças Gengivais:

- Doenças gengivais induzidas por placa
- Doenças gengivais não induzidas por placa

Periodontites:

- Periodontite crônica
- Periodontite Agressiva
- Periodontite Associada a fatores sistêmicos
- Periodontites Necrosantes

Classificação AAP 2018

Saúde periodontal, condições e doenças gengivais

- Saúde periodontal e gengival
- Gengivite induzida por placa
- Doenças gengivais não induzidas por placa

Periodontites

- Periodontite necrosante
- Periodontites
- Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas

Outras condições que afetam o periodonto

- Manifestações periodontais de doenças sistêmicas
- Abscessos periodontais e lesões endo periodontais
- Condições e deformidades mucogengivais

Forças oclusais traumáticas

Fatores relacionados com dentes e próteses

Condições Peri-implantares

Saúde- implantar

Mucosite peri-implantar

Peri-implantite

Deficiências nos tecidos peri-implantares

Classificação 1999

Doenças Gengivais

Lesões Gengivais não induzidas por placa

Origem:

- Bacteriana;
- Viral;
- Fúngica;
- Genética;
- Lesões traumáticas;
- Reações de algum corpo estranho;

Doenças Gengivais induzidas por placa

Origem:

- Gengivite associada a placa;
- Modificada a fatores sistêmicos;
- Modificada por medicamentos;
- Modificada por desnutrição;

Aumento gengival – medicamentoso



Exemplos:

Anticonvulsivantes: fenitoína

Imunossupressores: ciclosporina A

Anticoncepcionais: altas doses

Gengivite

Diagnóstico:

- Não há perda de inserção;
- Profundidade clinica de sondagem menor que 3mm;
- Sangramento a sondagem;

Tratamento:

- Instrução de higiene oral;
- Profilaxia/polimento;
- Raspagem e alisamento radicular;
- Controle periodontal;

Periodontite Crônica

- Maior prevalência em adultos;
- Tem perda de inserção;
- Progressão lenta e moderada, com possíveis períodos de progressão rápida;
- Associada a diabetes, tabagismo, estresse, HIV;
- É iniciada com uma gengivite induzida por placa que progrediu para um periodontite crônica (irreversível);
- Calculo subgengival presente;

Diagnóstico:

- Há perda de inserção e óssea;
- Profundidade clínica de sondagem maior que 3mm;

Perda da inserção:

Extensão:

- Localizada: - 30% dos sítios acometidos;
- Generalizada + 30% dos sítios acometidos;

Gravidade:

- **Leve:** 1 a 2mm de perda de inserção clínica;
- **Moderada:** 3 a 4mm de perda de inserção clínica;
- **Grave:** + 5mm de perda de inserção clínica;

Tratamento:

- Instrução de higiene oral;
- Profilaxia/polimento;
- Raspagem e alisamento radicular supra e subgengival;
- Em caso de casos graves: cirurgia periodontal e terapia com antibióticos;
- Controle periodontal;

Periodontite Agressiva

Características:

- Possui uma rápida perda de inserção e destruição óssea;
- Agressão familiar;
- Acúmulo de biofilme incompatível com a gravidade da doença;
- Macrofagoa hiper responsivos – aumento de PGE2 e IL1;
- Anormalidade na função fagocitária;

Diagnóstico:

- Na fase da puberdade;
- Localizada no 1º molar ou incisivo;
- Tem perda de inserção interperda de inserção interproximal em pelo menos 2 dentes permanentes, sendo um 1º molar;

Tratamento:

- Instrução de higiene oral;
- Profilaxia/polimento;

- Raspagem e alisamento radicular supra e subgengival;
- Cirurgia periodontal e antibióticos;
- Controle periodontal

ABCESSOS E LESÕES PERIODONTAIS

Abscessos é o **acumulo** de pus localizado na parede gengival dos sulco/bolsa periodontal, destruindo o tecido.

- paciente com periodontite: exacerbação aguda, após o tratamento;
- Paciente sem periodontite: Impactação fatores ortodônticos, alterações

anatômicas, iatrogênicas, reabsorção externa,

aumento gengival.

LESÕES ENDO PERIODONTAIS

O que é?

Comunicação patológica entre o tecido pulpar e periodontal em um determinado dente que pode ocorrer de forma aguda ou crônica.

Pode ocorrer danos radículas:

Grau 1: Bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular;

Com periodontite:

Grau 2: Bolsa periodontais larga e profunda em uma superfície radicular;

Sem periodontite:

Grau 3: Bolsa periodontal larga e profunda em duas ou mais superfícies radiculares;

Classificação 2018

Saúde Periodontal e Saúde Gengival

Saúde clínica em um periodonto íntegro

- Sem perda de inserção.
- Profundidade de sondagem $\leq 3 \text{ mm}$.
- Sangramento à sondagem em $< 10\%$ dos sítios.
- Sem perda óssea radiográfica.

- Saúde clínica gengival em um periodonto reduzido

Paciente com periodontite estável:

- Perda de inserção presente.
- Profundidade de sondagem $\leq 4 \text{ mm}$.
- Sem sangramento em sítios com PS $\geq 4 \text{ mm}$.
- Sangramento à sondagem em $< 10\%$ dos sítios.
- Perda óssea radiográfica.

Paciente sem periodontite:

- Perda de inserção presente.
- Profundidade de sondagem $\leq 3 \text{ mm}$.
- Sangramento à sondagem em $< 10\%$ dos sítios.

- Possível perda óssea radiográfica (ex.: recessão gengival, aumento de coroa clínica).

A gengivite associada ao biofilme dental foi classificada em:

- A. Associada somente ao biofilme dental
- B. Mediada por fatores de risco sistêmicos ou locais
- C. Associada a medicamento para aumento de tecido gengival

Gengivite Associada Somente ao Biofilme

Dividida em três categorias:

1. Gengivite em periodonto íntegro:

- Profundidade de sondagem ≤ 3 mm.
- $\geq 10\%$ dos sítios com sangramento à sondagem.
- Sem perda de inserção ou perda óssea radiográfica.

2. Gengivite em periodonto reduzido:

- Profundidade de sondagem ≤ 3 mm.
- $\geq 10\%$ dos sítios com sangramento à sondagem.
- Com perda de inserção e possível perda óssea radiográfica.

3. Gengivite em periodonto reduzido tratado periodontalmente:

- História de periodontite.

- Profundidade de sondagem ≤ 3 mm.
- $\geq 10\%$ dos sítios com sangramento à sondagem.
- Presença de perda óssea radiográfica.

Classificação da Severidade e Extensão

- **Severidade:** Pode ser classificada como **leve, moderada ou severa.**
- **Extensão:**
 - **Localizada:** 10-30% dos sítios com sangramento à sondagem.
 - **Generalizada:** $>30\%$ dos sítios com sangramento à sondagem.

Gengivite não Associada ao Biofilme

A. Desordens Genéticas e de Desenvolvimento

- Fibromatose gengival hereditária

B. Infecções Específicas

1. Origem Bacteriana

- Neisseria gonorrhoeae
- Treponema pallidum
- Mycobacterium tuberculosis
- Gengivite estreptocócica

2. Origem Viral

- Vírus Coxsackie (doença mão-pé-boca)

- Herpes Simples I e II (primário ou recorrente)
- Varicella Zoster (catapora e herpes-zóster – nervo V)
- Molluscum contagiosum
- Papilomavírus Humano (HPV) (papiloma escamoso, condiloma acuminado, verruga vulgar e hiperplasia epitelial)

3. Origem Fúngica

- Candidose
- Outras micoses (histoplasmose e aspergilose),

Periodontite

Periodontite Necrosante

É um processo inflamatório grave do periodonto, caracterizado por:

- Necrose/ulceração da papila interdental.
- Sangramento gengival.
- Halitose.
- Dor e perda óssea rápida.
- Outros sinais: pseudomembrana, linfadenopatia e febre.

Outras Doenças Periodontais Necrosantes

Incluem doenças com características semelhantes que não possuem outra categoria específica na classificação:

1. Doenças periodontais necrosantes em pacientes cronicamente/gravemente comprometidos

- Em adultos.
- Em crianças.

2. Doenças periodontais necrosantes em pacientes temporariamente/moderadamente comprometidos

- Em pacientes com gengivite.
- Em pacientes com periodontite.

Periodontite

Periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial, associada ao biofilme disbiótico, levando à destruição progressiva do aparato de inserção dental.

Critérios para Diagnóstico:

1. **Perda de inserção em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes.**
2. **Perda de inserção ≥ 3 mm** na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes, desde que não seja causada por fatores como recessão traumática, cáries cervicais, extração de terceiros molares, lesão endoperiodontal ou fratura radicular.

A Periodontite é classificada de acordo com **Estágio** (severidade e complexidade) e **Grau** (progressão da doença e impacto sistêmico).

Estágios da Periodontite

Estágio	Critério Principal	Critérios Secundários
Estágio I (Inicial)	Perda de inserção 1-2 mm ou perda óssea radiográfica < 15%	Sondagem \leq 4 mm , sem perda dentária, perda óssea horizontal.
Estágio II (Moderado)	Perda de inserção 3-4 mm ou perda óssea radiográfica 15-33%	Sondagem \leq 5 mm , sem perda dentária, perda óssea horizontal.
Estágio III (Severo)	Perda de inserção ≥ 5 mm ou perda óssea atingindo metade/térço apical da raiz	Sondagem \geq 6 mm , perda de até 4 dentes , perda óssea vertical \leq 3 mm , lesões de furca grau II/III.
Estágio IV (Muito Severo)	Mesmo critério do estágio III	Perda de \geq 5 dentes , disfunção mastigatória, trauma oclusal, menos de 20 dentes remanescentes .

Graus da Periodontite

Grau	Critério Principal (Progressão da Doença)	Critérios Secundários (Fatores de Risco)
Grau A (Lento)	Sem progressão significativa em 5 anos ou perda óssea $\leq 0,25$ mm/ano	Pouca destruição periodontal mesmo com alto acúmulo de biofilme. Sem fatores de risco (tabagismo/diabetes).
Grau B (Moderado)	Progressão < 2 mm em 5 anos ou perda óssea $0,25-1$ mm/ano	Destruição compatível com biofilme. Tabagismo < 10 cigarros/dia ou HbA1c $< 7\%$ (diabetes).
Grau C (Acelerado)	Progressão ≥ 2 mm em 5 anos ou perda óssea > 1 mm/ano	Destruição maior que o esperado pelo biofilme, resposta inadequada à terapia. Tabagismo ≥ 10 cigarros/dia ou HbA1c $\geq 7\%$ (diabetes).

Periodontite como manifestação de doença sistêmicas

1. Principais Desordens Sistêmicas Relacionadas

- Genéticas: Síndrome de Down, Papillon-Lefèvre, Ehlers-Danlos, entre outras.
- Imunológicas: HIV, neutropenia, doenças de imunodeficiência.
- Metabólicas e endócrinas: Diabetes, doença de Gaucher, hipofosfatasia.
- Inflamatórias: Doença inflamatória intestinal, lúpus.

2. Outras Condições que Influenciam a Periodontite

- Diabetes mellitus e obesidade.
- Osteoporose e artrite.
- Estresse, depressão e uso de medicamentos.
- Tabagismo, agora classificado como dependência de nicotina, deve ser avaliado pelo consumo em maços/ano.

Essas condições podem aumentar o risco e a severidade da periodontite, sendo consideradas no diagnóstico e tratamento.

Outras Condições que afetam o Periodonto

Algumas doenças sistêmicas podem levar à perda dos tecidos periodontais sem estar diretamente relacionadas à periodontite.

1. Manifestações Periodontais de Doenças Sistêmicas

1.1 Neoplasias (tumores que afetam o periodonto)

- **Tumores primários:** carcinoma oral de células escamosas, tumores odontogênicos.
- **Tumores metastáticos:** câncer que se espalha para os tecidos periodontais.

1.2 Outras Doenças Sistêmicas que Afetam o Periodonto

- Granulomatose com poliangite.
- Histiocitose de células de Langerhans.
- Granulomas de células gigantes.
- Hiperparatireoidismo.
- Esclerose sistêmica (escleroderma).
- Síndrome de Gorham-Stout (doença do desaparecimento ósseo).

Abscessos Periodontais e Lesões Endoperiodontais

1. Abscessos Periodontais

Definição: Acúmulo de pus localizado na gengiva, associado à destruição tecidual. Caracteriza-se por:

- Elevação gengival ovoide na lateral da raiz.
- Sangramento à sondagem, dor, supuração e mobilidade dental.

Classificação:

- **1.1 Abscesso periodontal em paciente com periodontite**
 - **Exacerbação aguda:** Em pacientes não tratados, não responsivos à terapia ou em manutenção periodontal.
 - **Pós-tratamento:** Após raspagem, cirurgia ou uso de medicamentos (antimicrobianos, nifedipina).
- **1.2 Abscesso periodontal em paciente sem periodontite**
 - **Causas:** Impactação de objetos (fio dental, palito, pipoca), hábitos deletérios (onicofagia), fatores ortodônticos, crescimento gengival, perfurações, fraturas, reabsorção radicular.

2. Lesões Endoperiodontais

Definição: Comunicação patológica

entre os tecidos pulpar e periodontais, podendo ser **aguda ou crônica**. Características incluem:

- Bolsas periodontais profundas que se estendem ao ápice radicular.
- Teste de vitalidade pulpar negativo ou alterado.
- Dor, supuração, mobilidade dental, fistula, alteração na coloração do dente ou gengiva.

Classificação:

- **2.1 Lesão endoperiodontal com dano radicular**
 - Causada por fratura radicular, perfuração do canal ou reabsorção radicular externa.
- **2.2 Lesão endoperiodontal em paciente com periodontite**
 - **Grau 1:** Bolsa estreita e profunda em uma superfície radicular.
 - **Grau 2:** Bolsa larga e profunda em uma superfície radicular.
 - **Grau 3:** Bolsas profundas em duas ou mais superfícies radiculares.
- **2.3 Lesão endoperiodontal em paciente sem periodontite**
 - Segue a mesma classificação de graus 1, 2 e 3.

Essas condições podem levar à destruição tecidual severa e requerem diagnóstico e tratamento específicos.

Condições e Deformidades Mucogengivais

A **recessão gengival** é influenciada pelo **fenótipo periodontal**, que combina:

- **Fenótipo gengival** (espessura da gengiva).
- **Morfotipo ósseo** (espessura do osso alveolar vestibular).

Diagnóstico:

- **Fenótipo fino (≤ 1 mm)** → Sonda visível na sondagem.
- **Fenótipo espesso (> 1 mm)** → Sonda não visível.

1. Condição Mucogengival com Recessão Gengival

→ A **recessão gengival** ocorre pela **migração apical** da margem gengival.

1.1 Classificação da Recessão Gengival (Extensão Vertical)

- RT1: Sem perda de inserção interproximal.
- RT2: Com perda de inserção interproximal, mas menor ou igual à vestibular.
- RT3: Com perda de inserção interproximal, maior que a vestibular.

1.2 Degrau Radicular

- **Classe +** → Degrau cervical > **0,5 mm**.
- **Classe -** → Sem degraú cervical > **0,5 mm**.

Qualquer recessão (RT1, RT2, RT3) deve ser acompanhada da classificação do degraú (+ ou).

2. Condição Mucogengival Sem Recessão Gengival

- Fenótipo gengival fino e/ou faixa estreita de mucosa queratinizada.
- Mesmo com pouca mucosa queratinizada, a saúde periodontal pode ser mantida.

As forças oclusais traumáticas são forças que podem causar dano aos tecidos periodontais, mas não há evidências de que provoquem perda de inserção periodontal ou acelerem a progressão da periodontite.

1. Tipos de Trauma Oclusal

- **1.1 Trauma Oclusal Primário:**
 - Ocorre em dentes com suporte periodontal normal.
 - Pode causar mobilidade adaptativa, mas não progressiva.
- **1.2 Trauma Oclusal Secundário:**
 - Ocorre em dentes com suporte periodontal reduzido.
 - Pode levar a mobilidade progressiva, migração dentária e dor, podendo exigir esplintagem.

2. Forças Ortodônticas

- Em animais, podem levar à reabsorção radicular, desordens pulpares, recessão gengival e perda óssea.
- Em humanos, dentes com periodonto saudável, mesmo reduzido, podem passar por tratamento ortodôntico sem prejuízo, se houver controle adequado de placa.

Forças Oclusais Traumáticas

Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses

Certos fatores dentários e protéticos podem predispor a doenças periodontais, dependendo da susceptibilidade do paciente.

1. Fatores Dentários que Podem Predispor à Doença Periodontal

- Fatores anatômicos do dente.
- Fraturas radiculares.
- Reabsorção cervical e dilaceração cémentária.
- Proximidade radicular.
- Erupção passiva alterada: condição em que a margem gengival e o osso estão coronalizados, formando falsas bolsas e comprometendo a estética, exigindo tratamento cirúrgico periodontal.

2. Fatores Relacionados a Próteses Dentárias

- Próteses mal adaptadas podem levar ao acúmulo de biofilme e dificultar o controle de placa, aumentando o risco de doenças gengivais e periodontais.

Condições e Doenças Peri-Implantares

As doenças peri-implantares são causadas pelo **biofilme bacteriano** e podem progredir mais rapidamente do que a periodontite. O acompanhamento clínico e radiográfico é essencial para monitorar a saúde do implante.

1. Tipos de Condições Peri-Implantares

Saúde Peri-implantar:

- Sem sinais de inflamação, sangramento ou perda óssea além da remodelação fisiológica.

Mucosite Peri-implantar (reversível):

- Sangramento e/ou supuração à sondagem, mas **sem perda óssea significativa**.

Peri-implantite (progressiva):

- Sangramento e/ou supuração com perda óssea além da remodelação fisiológica.
- Profundidade de sondagem ≥ 6 mm e nível ósseo ≥ 3 mm apical à porção intraóssea do implante.

Deficiências nos Tecidos Peri-Implantares

Dimensão diminuída do osso alveolar/rebordo:

- Pode ser causada por periodontite, fraturas, infecções, extrações traumáticas, doenças sistêmicas, entre outros.

Recessão da mucosa peri-implantar:

- Ocorre por mau posicionamento do implante, ausência de osso vestibular,

tecido fino ou trauma
cirúrgico.

**Ausência de mucosa
queratinizada:**

- Não há evidências de que afete a saúde peri-implantar, mas melhora o conforto do paciente e o controle do biofilme.

Osso peri-implantar:

- A altura da papila depende da crista óssea entre os implantes e dentes adjacentes. A necessidade da tábuas óssea vestibular para suporte a longo prazo ainda não foi confirmada.