

TRATAMENTO PERIODONTAL MECÂNICO ASSOCIADO À CIRURGIA PERIODONTAL: RELATO DE CASO

MECHANICAL PERIODONTAL TREATMENT ASSOCIATED WITH PERIODONTAL SURGERY: A CASE REPORT

Bruno Vieira Peres Souza¹

Carolina Santos Cunha¹

Clara Emilia Viana Ribeiro¹

Julia Tainara Felipe Martins¹

Paola Ferreira Vigilato¹

Silvia Francisco Santana¹

Simone Angélica de Faria Amormino¹

¹ Centro Universitário de Belo Horizonte – UniBH.

simoneamormino@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A periodontite é uma doença inflamatória de caráter crônico multifatorial associado a um biofilme disbiótico e à susceptibilidade do hospedeiro. Trata-se de uma doença complexa e multifatorial relacionados à sua manifestação: variações genéticas, tabagismo, diabetes mellitus, deficiência na resposta imunológica e microbiota subgengival patogênica. Com isso, é importante esclarecer para um tratamento adequado ao paciente com periodontite. **Objetivo:** é realizar um relato de caso clínico de um paciente com o diagnóstico de Periodontite em estágio III grau C generalizado. **Metodologia:** O tratamento abordando uma conduta de várias etapas, sendo elas: conscientização do paciente a cerca da higienização, terapia mecânica de desbridamento a campo fechado e aberto, supra e subgengival com irrigação de clorexidina 1% em gel, terapia medicamentosa e cirurgia periodontal. **Conclusão:** As terapêuticas adotadas foram eficazes no controle da doença periodontal, possibilitando a manutenção da saúde periodontal em um indivíduo com uma forma grave da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Periodontite. desbridamento radicular. Antibiótico. gengivectomia.

ABSTRACT

Introduction: Periodontitis is a multifactorial chronic inflammatory disease associated with a dysbiotic biofilm and host susceptibility. It is a complex and multifactorial disease related to its manifestation: genetic variations, smoking, diabetes mellitus, deficiency in the immune response and pathogenic subgingival microbiota. Thus, it is important to clarify for an adequate treatment to the patient with periodontitis. **Objective:** is written about a clinical case report of a patient with the diagnosis of Generalized Stage III Periodontitis grade C. **Methodology:** The treatment addressed a multi-step approach, namely: patient awareness about hygiene, mechanical therapy of debridement in closed and open, supra and subgingival fields with irrigation of 1% chlorhexidine in gel, drug therapy and periodontal surgery. **Conclusion:** The

therapies adopted were effective in controlling periodontal disease, enabling the maintenance of periodontal health in an individual with a severe form of the disease.

KEYWORDS: Periodontitis. root debridement. Antibiotic. gingivectomy

INTRODUÇÃO

A Doença periodontal é um termo amplo e refere-se tanto à gengivite quanto à periodontite. A gengivite é um estágio de inflamação dos tecidos gengivais, sendo uma resposta imunológica e disbiose do biofilme bacteriano que acumula nos elementos dentários. Já a periodontite é uma evolução da gengivite em indivíduos suscetíveis, definida por Gotlieb em 1923 como "atrofia difusa do osso alveolar" sendo classificada atualmente em 4 estágios. Essa patologia afeta o ligamento periodontal, o cemento e o osso alveolar, levando a um aumento acentuado da mobilidade dos dentes acometidos pela doença¹.

O principal fator etiológico da periodontite é a disbiose bacteriana, entretanto, a susceptibilidade é um fator intrínseco de cada organismo, ou seja, apresenta uma resposta de defesa do organismo imprópria a presença dessa disbiose. Essa patologia agrava ainda mais em indivíduos tabagistas, usuários de drogas ou com alterações sistêmicas e hormonais como a Diabetes mellitus e gravidez².

O tratamento periodontal é realizado principalmente através das terapias não cirúrgicas e/ou cirúrgicas, e se baseia no desbridamento mecânico, como raspagem e alisamento radicular para eliminar ou suprimir a microbiota patogênica que se encontra nos sítios periodontais³. Entretanto, existem condições clínicas específicas nas quais esta terapia não é suficiente para eliminar as causas e consequentemente a evolução da doença, nestes casos o uso de terapia adjuvante com antibióticos sistêmicos tem sido estudado como alternativa nesses casos³.

Haffajee⁴, *et al* 2012. afirmam que a natureza infecciosa das doenças periodontais, e o reconhecimento de que limitado número de

microorganismos podem estar associados com a patologia e que a permanência e/ou recolonização por esses patógenos está associada à resposta insuficiente ao tratamento periodontal formam as bases para a indicação dos antibióticos sistêmicos no tratamento das periodontites mais avançadas.

Os antibióticos são utilizados com a finalidade de potencializar a terapia mecânica. O uso sistêmico, promove a absorção do medicamento nos tecidos periodontais permitindo atingir patógenos inacessíveis à instrumentação mecânica e suprime patógenos em sítios não relacionados ao dente, prevenindo a reinfecção dos sítios tratados⁵.

Diante disso o objetivo desse trabalho é realizar um relato de caso clínico de um paciente com o diagnóstico de Periodontite em estágio III grau C generalizada, abordando uma conduta de várias etapas, sendo elas: conscientização do paciente a cerca da higienização, terapia mecânica de desbridamento a campo fechado e aberto, supra e subgengival com irrigação de clorexidina 1% em gel, terapia medicamentosa e cirurgia periodontal.

RELATO DE CASO

Paciente leucoderma, 70 anos autodeclarado do sexo masculino procurou a clínica escola odontológica da UniBH para consulta de rotina. Durante a anamnese, paciente relatou ser portador de hipertensão arterial e flutter atrial paroxístico em uso de anticoagulante oral (Lixiana) além de Diovan e Nebivolol e não tabagista. Ao exame clínico, foi verificado a presença de hiperplasia gengival tanto no arco superior (Figura 1) e mais expressiva no arco inferior (Figura 2).

Foi solicitado relatório médico para a realização do tratamento com segurança, no qual o paciente foi classificado em ASA III (AMERICAN SOCIETY

OF ANESTHESIOLOGY). Paciente concordou e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para que seu relato de caso

fosse descrito nesse trabalho de conclusão de curso autorizando a utilização de dados clínicos, laboratoriais e imagens fotográficas.



Figura 1 - Identificação do quadro de periodontite com hiperplasia em arcada superior.



Figura 2 - Identificação do quadro de periodontite com hiperplasia em arcada inferior.

Posteriormente foi realizado o periodontograma, no qual o paciente apresentou um quadro clínico compatível à periodontite estágio III grau C generalizada. A partir do diagnóstico foi iniciado o plano de tratamento integrado. Em primeiro momento, para a adequação bucal, o paciente foi submetido anestesia local com anestésico de escolha sendo a Prilocaina + Filepressina, por orientação do médico devido à condição ASA III do paciente. Iniciou o desbridamento supra e subgingival utilizando ultrassom e curetas Gracey (Figura 4) em todos os sítios que tinham profundidade de sondagem acima de 3mm, além de irrigação subgingival com clorexidina 1% em gel em sessão única.



Figura 4 – Realização da raspagem supra e subgingival com o auxílio das curetas Gracey.

Ao final da consulta foi prescrito antibioticoterapia com a associação de Amoxicilina 500mg 1 cápsula de 8/8hs por dia e Metronidazol 400mg de 8/8hs por dia, no período de 14 dias e bochecho de clorexidina 0,12% por trinta dias (FERES⁶ *et al.*, 2018). Após esse tempo o paciente retornou a clínica para reavaliação e novo plano de tratamento.

Após nova avaliação, verificou que no arco superior estava com a doença controlada (Figura 5) e no arco inferior ainda havia algumas áreas de hiperplasia gengival. Nestas áreas, optou-se por realizar uma cirurgia periodontal para remoção desse aumento e facilitar o controle do biofilme pelo paciente. Em seguida foi feita uma sequência de etapas clínicas: aferimento de sinais vitais; antissepsia intra oral com digluconato de clorexidina 0,12% e extraoral com clorexidina 2%; bloqueio do nervo aveolar

inferior; lingual e mentoniano (01 tubete – Prilocaina + Felipressina); acerto gengival com o auxílio de uma lamina 15C e tesoura íris, com irrigação constante de soro fisiológico estéril; descolamento dos tecidos com molt 2-4 para raspagem subgengival com cureta Gracey 1-2 e 3-4; sutura com 3 pontos simples interpapilar com fio Nylon 5.0 e irrigação, com soro edstéril, para limpeza e finalização do procedimento.

Finalizado o procedimento, foram feitas as orientações de pós-operatório bem como a prescrição medicamentosa de: dipirona 1g , prescrito 1 comprimido de 8/8hs por dois dias. Após uma semana, paciente retornou a clínica para remoção dos pontos (Figura 5). Nas figuras 6 e 7, foram feito os registros do paciente após 45 dias de cirurgia, nos quais podemos verificar o controle e regressão do quadro.



Figura 5– Pós cirurgia, 45 dias: arcada superior.



Figura 6 – Pós cirurgia 45 dias: arcada inferior.

DISCUSSÃO DO CASO

O periodonto é composto por gengiva, ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar. O exame da condição periodontal de um indivíduo inclui avaliação clínica da inflamação dos tecidos periodontais, registro das profundidades de sondagem e dos níveis de inserção clínica, além da avaliação radiográfica do osso alveolar remanescente^{1,7,8}.

Amorim (2018)¹ descreve a periodontite como uma doença inflamatória de caráter crônico multifatorial, associada ao biofilme e a susceptibilidade do hospedeiro. Tendo em vista sua alta prevalência, a periodontite é um importante problema de saúde pública. A patogenia é decorrente de diversos fatores do hospedeiro, tais como: a resposta imune, apinhamento dental e fatores estruturais do tecido que representam a predisposição do indivíduo em desenvolver a doença periodontal. Isto é evidenciado no relato descrito, no qual o paciente apresentava uma quantidade de biofilme compatível com a gravidade da doença, um apinhamento e oclusão inadequada que dificultava o controle da higiene.

O tratamento da doença periodontal pode ser dividido em terapia não cirúrgica e a terapia cirúrgica. A não cirúrgica foi realizada na primeira etapa do tratamento periodontal com o objetivo de retornar a simbiose bacteriana, eliminação de depósitos bacterianos, supragengivais e subgengivais disbióticos. Já a terapia periodontal cirúrgica foi indicada para regiões de difícil acesso, sobre a superfície

radicular, para auxiliar na regressão da bolsa periodontal característica da doença periodontal.⁸

A técnica não cirúrgica, realizada através da raspagem sub e supragengival e alisamento radicular é considerada como padrão ouro na odontologia, de acordo com CANAS⁹ *et al.* (2015), esse procedimento é eficiente para eliminar o quadro inflamatório devolvendo características de normalidade clínica, isto é, saúde gengival, como constatado neste caso em que a raspagem sub e supragengival foram suficientes para a regressão do quadro inflamatório no quarto quadrante, não sendo necessária a intervenção cirúrgica de acerto gengival.

No entanto, Camargo *et al.* (2016)¹⁰, afirmam que a terapia não cirúrgica apresenta algumas limitações, ele relata a existência de certa dificuldade para remoção completa do cálculo em dentes com profundidade de sondagem acima de 3 mm. Para superar essa dificuldade e facilitar a manutenção da terapia periodontal à longo prazo, os autores citam os tratamentos cirúrgicos como gengivectomia, retalho de Widman, retalho modificado de Widman, retalho posicionado apicalmente, com ou sem cirurgia óssea. Em consonância com o autor, foi necessária a intervenção cirúrgica, sendo feita a gengivectomia e raspagem a campo aberto por meio do retalho de Widman no terceiro quadrante, onde não houve regressão total do quadro clínico para permitir a regressão da doença¹⁰.

Segundo Feres *et al.* (2012)⁶ e Amorim (2018)¹ e o uso combinado de Amoxicilina e Metronidazol, promoveu resultados clínicos superiores e mais persistentes em relação ao tratamento periodontal convencional em pacientes com periodontite crônica severa e agressiva. Já Almeida *et al.* (2014)¹¹ diz que há riscos potenciais como o surgimento de infecções oportunistas por fungos, desenvolvimento de espécies resistentes de bactérias e reação alérgica. Neste caso clínico foi optado a utilização da terapia medicamentosa pelo fato de ser um indivíduo com a forma grave da doença e, como constatado anteriormente na anamnese, o paciente não fez uso de antibioticoterapia recorrente. Assim como relatado por Amorim¹ (2018) neste caso também houve resultados positivos da terapia medicamentosa.

A clorexidina utilizada neste caso teve como objetivo ser uma terapia complementar para o controle da doença. De acordo com Zhao¹¹ *et al.* (2020) esse ativo é um dos agentes antimicrobianos locais mais eficazes e é amplamente utilizada para o tratamento local da periodontite.

CONCLUSÃO

O tratamento escolhido de desbridamento e uso de terapêutica medicamentosa se mostrou eficaz no controle da doença periodontal, possibilitando o controle da saúde periodontal em um indivíduo com uma forma grave da periodontite em estágio III grau C generalizada.

REFERÊNCIAS

1. Amorim, A.; Gurgel, B. Uso de antibióticos sistêmicos adjuntos à raspagem e alisamento radicular no tratamento da periodontite crônica e periodontite agressiva: uma revisão integrativa da literatura. **Braz J Periodontol**, 2016; 26:39-48.
2. Brown JL, Johnston W, Delaney C, Short B, Butcher MC, Young T, *et al.* Polymicrobial oral biofilm models: simplifying the complex. **Journal of medical microbiology**, v. 68, n. 11, p. 1573-1584, 2019.
3. Patil V, Mali R, Mali A. Systemic antimicrobial agents used in periodontal therapy. **Journal of Indian Society of Periodontology**. Mumbai, v. 17, n. 2, p.162-168, Mar. 2013.
4. Haffajee Ng, Uzel EI, Arguello G, Torresyap DM, Guerrero SS. Clinical and microbiological changes associated with the use of combined antimicrobial therapies to treat "refractory" periodontitis. **J of Clin Periodontol**, Vol. 31, p. 869-877, 2004.
5. Zandbergen D, Slot DE, Cobb CM, Weijden VD. The clinical effect of scaling and root planing and the concomitant administration of systemic amoxicillin and metronidazole: a systematic review. **J Periodontol**. 2013; 84:332-351.
6. Feres M, Soares GM, Mendes JA, Silva MP, Faveri M, Teles R. *et al.* Metronidazole alone or with amoxicillin as adjuncts to non-surgical treatment of chronic periodontitis: a 1-year double-blinded, placebo-controlled, randomized clinical trial. **J Clin Periodontol**. 2012, Set 27;39(12):1149-58.
7. Lindhe J, Karring T, Lang PN. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 5. ed. Tradução de Alexandre Harnist *et al.* Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2010.
8. Fabrizi S, Barbieri PG, Vignoletti F, Bascones M. Tratamiento quirúrgico vs terapia periodontal básica: estudios longitudinales en periodoncia clínica. **Av Periodon Implantol**. Vol.19, p. 161-175, 2007.
9. Canas PG, Khouly I, Sanz J, Loomer P, Loomer P. Effectiveness of systemic antimicrobial therapy in combination with scaling and root planing in the treatment of periodontitis: a systematic review. **JADA**. 2015; 146(3): 150-163.
10. Camargo GACG, Abreur MGL, Cordeiro RS, Wenderosky LF, Duque C. Prevalence of periodontopathogens and *Candida* spp. in

- smokers after nonsurgical periodontal therapy – a pilot study. **Bra Oral Res**, 2016; 30(1): 1-10.
11. Almeida R, Braga N, Souza G, Soares C, Alves M, Macedo V. Uso de antimicrobianos sistêmicos e locais no tratamento da Periodontite Agressiva. **Oral Sci**, 2014; 6(1): 4-9.
12. Bedoya RB, Vasquez MP. Diagnóstico y tratamiento de la periodontitis agresiva. **Odontoestomatol**, 2017;19(30): 1-18.