


ETAPAS DE UM EXAME CLÍNICO PERIODONTAL: DA ANAMNESE AO DIAGNÓSTICO

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.034-004>

Caroline Garcia Orsi

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

Roberta de Oliveira Alves

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

Sophia Araújo Vaz

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

Isabella Santos Paula

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

Ana Paula de Lima Oliveira

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

Priscilla Barbosa Ferreira Soares

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

Introdução: O tratamento das doenças periodontais pode ser um desafio que requer primordialmente um diagnóstico correto. Para isso, parâmetros básicos devem ser analisados e etapas básicas seguidas. **Objetivo:** O objetivo dessa revisão da literatura foi elaborar uma cartilha/guia sobre os aspectos importantes a serem avaliados durante o exame clínico periodontal. **Materiais e métodos:** Foi realizado uma busca na base de dados Pubmed/Medline com as palavras-chave *clinical examination, dentistry; importance of clinical examination, parameters, clinical periodontal examination, periodontitis, anamnesis, dentistry, diagnosis of periodontal disease*. Foram incluídos 26 trabalhos compreendendo estudos clínicos, revisão da literatura e capítulos de livros que apresentavam orientações e diretrizes sobre o diagnóstico clínico periodontal. **Resultados:** Os estudos mostraram que a realização de uma anamnese detalhada seguida de exame clínico extra, intrabucal e exame periodontal é imprescindível para um diagnóstico assertivo. Durante o exame periodontal parâmetros como profundidade de sondagem, margem gengival, nível de inserção clínica, sangramento a sondagem, mobilidade e exposição de furca devem ser avaliados. Índice de sangramento marginal e índice de placa pode informar a presença de inflamação gengival e qualidade da higienização bucal, respectivamente. Radiografias periapicais podem ser solicitadas como exame complementar quando oportuno. **Conclusão:** A necessidade de um exame clínico periodontal e radiográfico completo combinado com informações colhidas durante a anamnese são os pilares para definir a presença ou ausência de periodontite e seu nível de progressão.

Palavras-chave: Doenças da Gengiva. Periodontite. Saúde Bucal. Radiografia Dentária. Anamnese.



1 INTRODUÇÃO

A doença periodontal (DP) é uma doença que afeta mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo (WHO, 2022). Inicialmente caracterizada pela inflamação do tecido gengival devido ao acúmulo de biofilme na superfície dentária, chamada de gengivite, a DP pode evoluir para periodontite, resultando em perda óssea ao redor dos dentes (Carranza, 2012). Sinais clínicos como sangramento gengival, inflamação, edema, vermelhidão, perda de inserção podem ser frequentemente observados na fase inicial da doença (Chapple, 2018). Combinado a isso, lesão de furca, mobilidade dentária e até perda dentária podem ser consequências da DP avançada (Preshaw, 2015; Salvi *et al.*, 2023).

O diagnóstico e tratamento da DP devem ser realizados de forma individualizada, considerando as características locais e sistêmicas do paciente, como fatores genéticos e doenças sistêmicas pré-existentes (Chapple, 2018). Doenças sistêmicas como diabetes podem solicitar condutas clínicas específicas e até mesmo em conjunto com o médico para sucesso do tratamento (Wu *et al.*, 2020). Para uma terapia eficaz, é essencial um diagnóstico preciso com informações detalhadas sobre o grau de progressão da DP, caso esteja presente (Salvi *et al.*, 2023). Isso requer uma avaliação minuciosa, incluindo anamnese, exame clínico extraoral, intraoral, exame periodontal e radiografias (Carranza, 2012; Salvi *et al.*, 2023). Com isso, as diferenças entre os diversos tipos de doenças periodontais como a gengivite, periodontite, doença periodontal necrosante serão evidenciadas e o diagnóstico periodontal pode ser determinado corretamente (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018; Dietrich *et al.*, 2019; Salvi *et al.*, 2023).

O uso da classificação de doenças e condições periodontais e peri-implantares de 2018 é fundamental para orientar o diagnóstico e o tratamento da DP (Marin, 2020; Salvi *et al.*, 2023). Três categorias são apresentadas no manual: saúde gengival, doenças e condições gengivais, periodontite e outras condições que afetam o periodonto (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018). O conhecimento dessas classificações e dos parâmetros que devem ser observados em cada categoria também é importante para o diagnóstico periodontal (Salvi *et al.*, 2023).

Até o momento, há uma escassez de estudos na literatura que abordem uma sequência clínica completa envolvendo anamnese, exame clínico e radiográfico voltados para o diagnóstico periodontal. Portanto, o objetivo desta revisão da literatura é elaborar um guia sobre os aspectos importantes a serem avaliados durante o exame clínico periodontal.

2 METODOLOGIA

Foi realizada, em janeiro de 2024, uma busca na base de dados Pubmed/Medline com as seguintes palavras-chave: *clinical examination, dentistry; importance of clinical examination, parameters, clinical periodontal examination, periodontitis, anamnesis, dentistry, diagnosis of periodontal disease*. A seleção dos trabalhos foi realizada sem restrição de língua e ano de publicação. Em seguida, foi feita uma busca pelas referências utilizadas dos artigos previamente selecionados que



abordassem o tema trabalho. Foram incluídos 26 trabalhos compreendendo estudos clínicos, revisão da literatura e capítulos de livros que apresentavam orientações e diretrizes sobre o diagnóstico clínico periodontal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 SEQUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

Abaixo é informada uma sugestão de sequência clínica para realização do exame clínico periodontal completo.

3.2 ANAMNESE

O primeiro passo para um exame clínico de qualidade é a realização de uma anamnese detalhada do paciente (Sal, 2023). Busca-se dados gerais, histórico médico, histórico bucal e informações que podem ser decisivas no prognóstico da condição periodontal do paciente (Carranza *et al*, 2012; Salvi *et al*, 2023). É importante saber se o paciente é portador de alguma doença sistêmica, que, em alguns casos, pode afetar direta ou indiretamente o tecido periodontal, como a diabetes (Carranza *et al*, 2012; Stöhr *et al*, 2021; Kalhan *et al*, 2022). O uso de medicamentos é outra informação que o cirurgião-dentista deve estar atento, pois existem medicações que interagem diretamente com o tecido periodontal, tendo como exemplo alguns anticonvulsivantes como a ciclosporina (Schmalz *et al*, 2023). O tabagismo é um fator que está diretamente ligado ao risco de desenvolvimento e gravidade da doença periodontal, portanto é de suma importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento desse hábito (Warnakulasuriya *et al*, 2010; Carranza *et al*, 2012; Preshaw, 2015). Por fim, qualquer alteração sistêmica ou local, e alergias que requerem precauções ou modificações nos procedimentos de tratamento, devem ser informadas pelo paciente (Schmalz *et al*, 2023).

3.3 EXAME CLÍNICO EXTRA-ORAL

Deve ser realizada uma avaliação da musculatura facial, presença de assimetria, palpação de ATM e linfonodos (Carranza *et al*, 2012; Salvi *et al*, 2023). Linfonodos saltados podem ser indicativos de inflamação aguda, que muitas das vezes está relacionada a tecidos bucais (Carranza *et al*, 2012). Durante o exame extra-oral é recomendado aferir a pressão arterial do paciente, visto que, alterações fora da normalidade contraindicam o atendimento odontológico (Valtellini & Ouanounou, 2023). Atenção especial é dedicada aos pacientes hipertensos que não estão sob acompanhamento médico, uma vez que podem apresentar variações na pressão arterial. (Valtellini & Ouanounou, 2023).

3.4 INTRA-ORAL

Mucosas palatina, mucosa jugal, gengiva, língua e condição dentária devem ser avaliadas rigorosamente pelo cirurgião-dentista (Carranza *et al*, 2012). Restaurações mal adaptadas e com

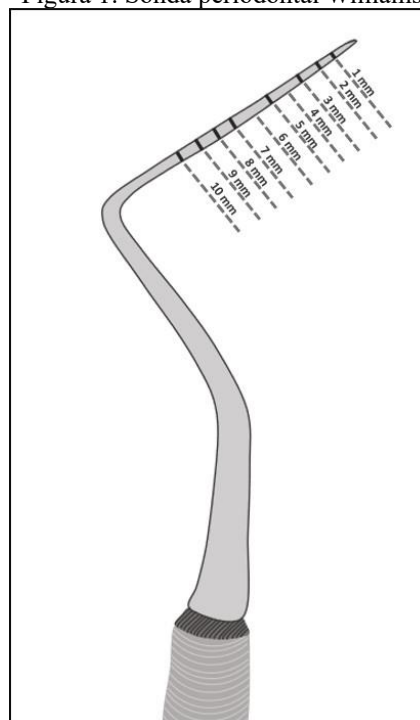
sobrecontorno podem ser responsáveis por gerar uma inflamação gengival no dente em questão (Jepsen *et al*, 2018).

3.5 EXAME PERIODONTAL

Esse exame avalia clinicamente a condição dos tecidos gengivais, e é indispensável para fechar o diagnóstico periodontal do paciente. Deve ser realizado e devidamente preenchido, em várias fases da terapia periodontal, como exame inicial para diagnóstico, no início do tratamento, durante a reavaliação da terapia periodontal não cirúrgica, e nas consultas de manutenção periodontal, com a finalidade de acompanhar o progresso no tratamento (Carranza *et al*, 2012). Uma melhora dos parâmetros clínicos periodontal reflete o sucesso da terapia (Ribeiro *et al*, 2013).

A escolha dos instrumentais adequados para a realização do exame facilita o processo e minimiza possíveis erros. A sonda periodontal deve estar sempre presente na mesa do cirurgião-dentista durante o exame periodontal (Carranza *et al*, 2012; Preshaw, 2015). Existem inúmeras marcas e designers de sondas periodontais no mercado, dentre elas, destacam-se a Carolina do Norte, OMS e Williams (Buduneli *et al*, 2004; Preshaw, 2015) (Figura 1), sendo a última, a mais utilizada pelos cirurgiões-dentistas.

Figura 1: Sonda periodontal Williams

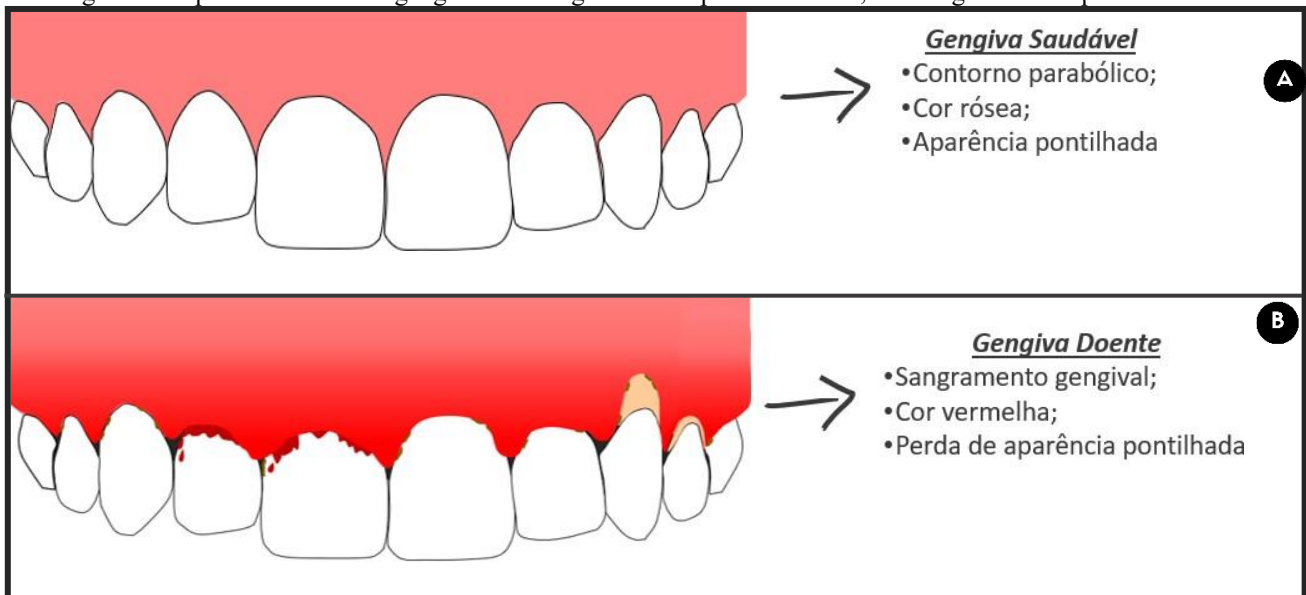


Fonte: Autores

3.6 EXAME VISUAL E A PALPAÇÃO

Cor rósea, consistência firme, formato parabólico e aparência pontilhada são características que devem ser observadas em uma gengiva saudável (Figura 2A) (Carranza *et al*, 2012). Alterações desses aspectos, como cor vermelha, sensível ao toque, consistência flácida e perda da aparência pontilhada, são consideradas como gengiva inflamada (Figura 2B) (Carranza *et al*, 2012; Lang & Lindhe, 2015). Esse exame revela apenas a aparência saudável ou não da gengiva, não podendo ser usado isoladamente para diagnóstico.

Figura 2: Aspectos clínicos da gengiva. A: Gengiva com aspecto saudável; B: Gengiva com aspecto inflamado.



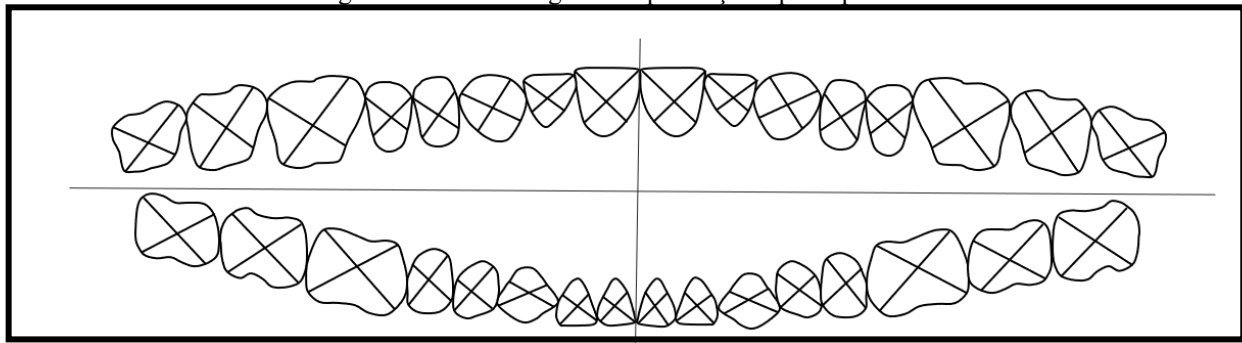
Fonte: Autores

3.7 PERIOGRAMA

3.7.1 Índice de Placa

Se refere a quantidade de biofilme presente na superfície dentária (Lindhe, Karring, Lang, 2010). É avaliado e anotado a presença de biofilme nas 4 faces (distal, vestibular, mesial, lingual/palatina) de cada dente do paciente (Figura 3) (O'leary, 1972; Lang & Lindhe, 2015). Esse exame pode ser realizado por meio do apontamento da placa visível, quando se visualiza a olho nu a presença ou ausência da placa, ou então, pela placa corada, quando se realiza evidenciação da placa com um corante (fucsina) (O'leary, 1972; Ainamo & Bay, 1975). Ambas as técnicas são eficientes, contudo, a identificação da placa visível pode ser dificultosa para iniciantes.

Figura 3: Forma de registro da presença de placa por face.



Fonte: Autores

Acompanhado das informações das faces com a presença de placa, é realizado uma equação matemática que resulta em uma porcentagem geral da quantidade de placa presente em todos os dentes (O'leary, 1972) (Figura 4). Esse exame revela a qualidade de higienização bucal dos pacientes, onde, quanto maior o índice mais precário é a condição de higiene bucal do paciente (O'leary, 1972), e, portanto, medidas instruções devem ser adotadas (O'leary, 1972; Preshaw, 2015; Tonetti & Sanz, 2019).

Figura 4: Fórmula matemática utilizada para calcular o índice de placa

$$\text{Índice de Placa} = \frac{\text{número de faces com placa}}{\text{número total de faces de todos os dentes presentes do paciente}} \times 100$$

Fonte: Autores

3.7.2 Índice de Sangramento Marginal

Identifica inicialmente uma gengivite (Carranza *et al.*, 2012). A presença de sangramento por meio da inserção da sonda milimetrada na gengiva marginal, de forma superficial e sem pressão é anotada nas 4 faces (distal, vestibular, mesial, lingual/palatina) de cada dente do paciente (Preshaw, 2015).

A porcentagem do sangramento marginal é calculada de forma semelhante ao índice de placa. Quanto maior o índice de sangramento, maior é a chance de o paciente apresentar um quadro de gengivite ou periodontite (Carranza *et al.*, 2012) (Figura 5).

Figura 5: Fórmula matemática utilizada para calcular o índice de sangramento marginal.

$$\text{Índice de Sangramento Marginal} = \frac{\text{número de faces com sangramento marginal}}{\text{número total de faces de todos os dentes presentes do paciente}} \times 100$$

Fonte: Autores

3.7.3 Nível Gengival / Margem Gengival

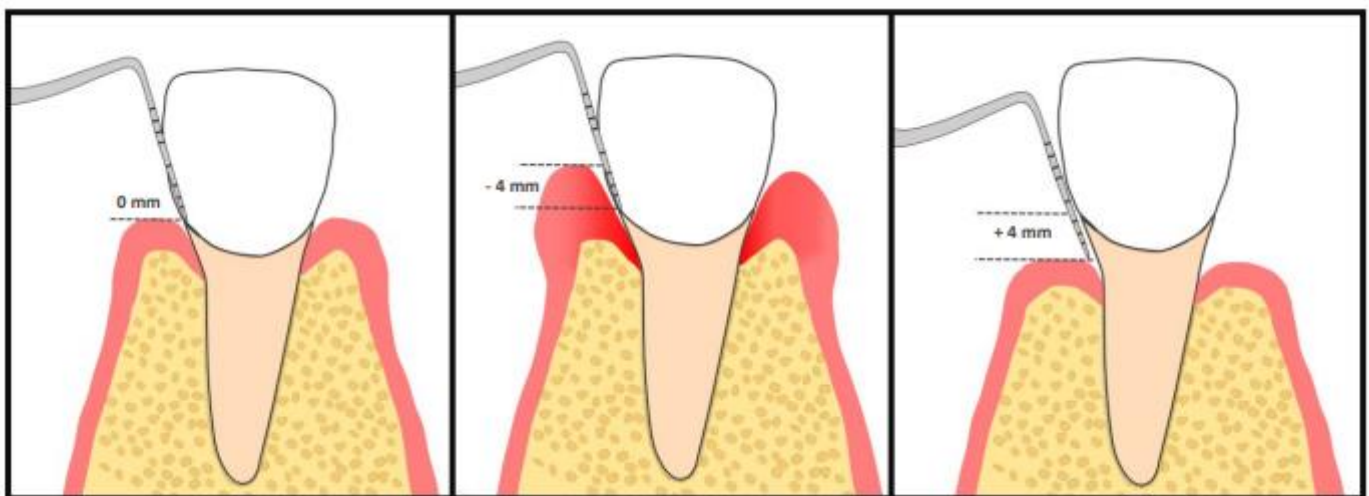
Compreende a distância da margem gengival até a junção cimento-esmalte (Barbosa *et al.*, 2016) (Figura 6). Essa medida é responsável por revelar a presença de recessão ou hiperplasia gengival, e em qual face e dente ela se encontra (Barbosa *et al.*, 2016). São avaliados 6 sítios por dente (disto-vestibular, vestibular, mesio-vestibular, disto-palatina/lingual, palatina/lingual, disto- palatina/lingual) (Eke *et al.*, 2012).

Existem 3 possíveis cenários a serem encontrados: 1) Sem hiperplasia ou recessão; 2) Recessão gengival e 3) Hiperplasia gengival.

- 1) Sem hiperplasia ou recessão: Ocorre quando a margem gengival coincide com a junção cimento-esmalte (Carranza, 2012). É considerado como um cenário de normalidade da margem gengival. Nesse caso o nível gengival é igual a zero (Figura 5A).
- 2) Hiperplasia gengival: A margem gengival está mais coronal em relação a junção cimento-esmalte (Barbosa *et al.*, 2016). É necessário anotar essa distância em valores negativos (Figura 5B).
- 3) Recessão gengival: A margem gengival está mais apical em relação a junção cimento-esmalte (Barbosa *et al.*, 2016). É necessário anotar essa distância em valores positivos (Figura 5C).

Nos quadros em que o paciente apresenta recessão gengival é necessário buscar a causa dessa alteração, que varia desde a presença de cálculo na região até maloclusão (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018). Já nos casos de hiperplasia gengival, a causa pode estar relacionada ao uso de medicamentos, como a ciclosporina ou acúmulo de placa (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018; Chojnacka-Purpurowicz).

Figura 6: Mensuração da margem gengival. A: Gengiva não apresenta hiperplasia ou recessão; B: Hiperplasiagengival; C: Recessão gengival.

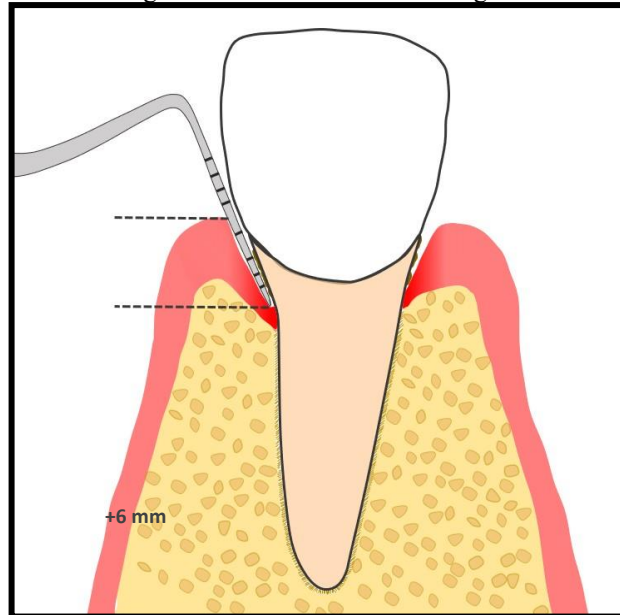


Fonte: Autores

3.7.4 Profundidade de Sondagem

É a medida da distância da margem gengival até o fundo da bolsa periodontal (Figura 7) (Salviet *al.*, 2023). A sonda deve ser introduzida internamente a margem gengival até encontrar resistência (fundo da bolsa periodontal) (Preshaw, 2015).

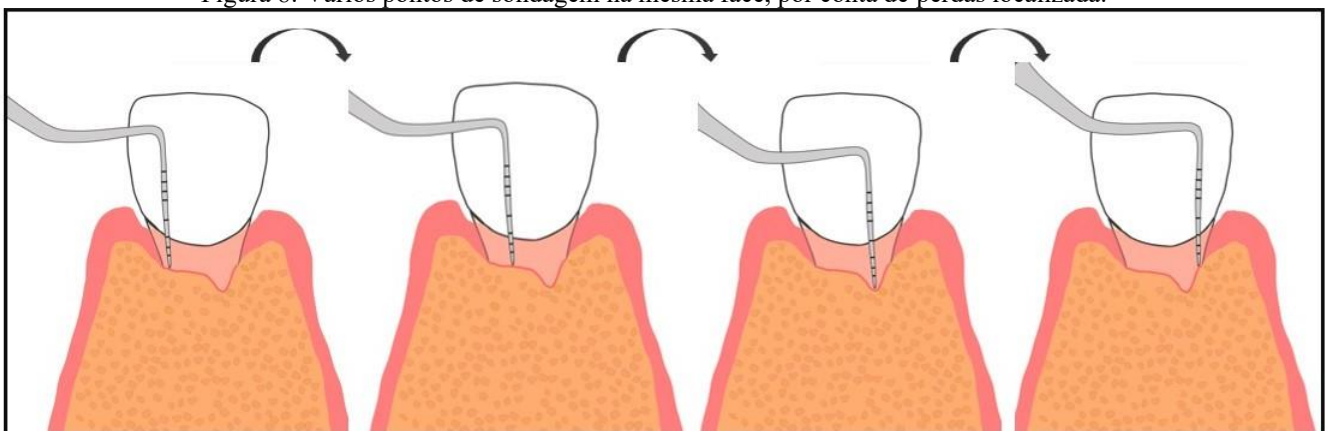
Figura 7: Profundidade de Sondagem



Fonte: Autores

São avaliados 6 sítios por dente (disto-vestibular, vestibular, mesio-vestibular, disto-palatina/lingual, palatina/lingual, disto-palatina/lingual) (Preshaw, 2015). É necessário que sejam realizados vários pontos de sondagem na mesma face em busca de uma bolsa periodontal localizada (Figura 8) (Carranza *et al.*, 2012).

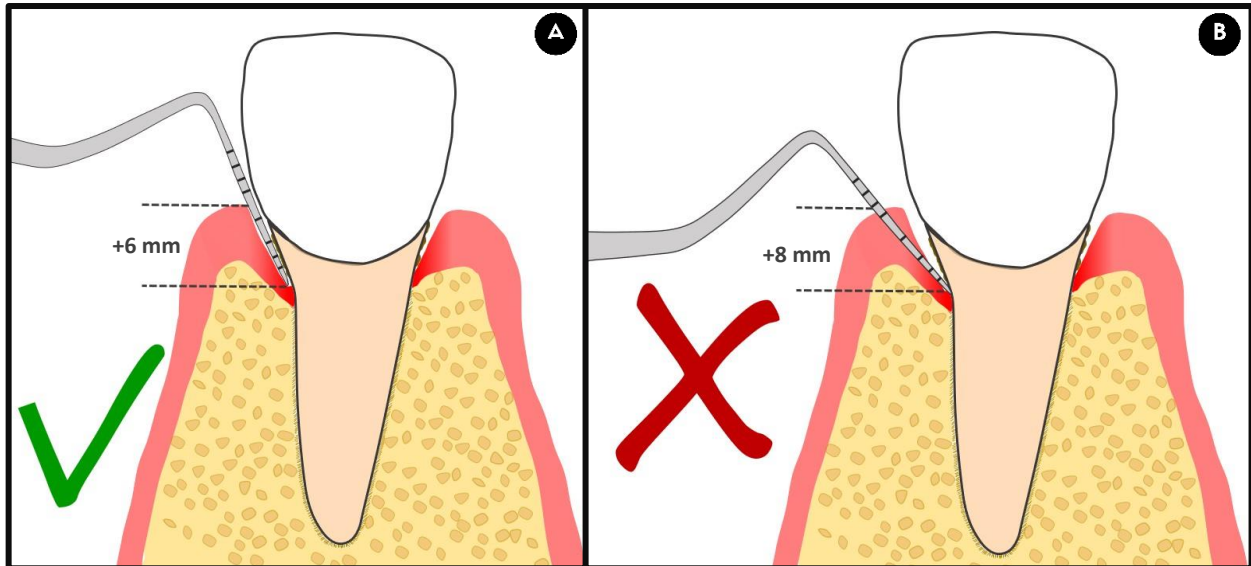
Figura 8: Vários pontos de sondagem na mesma face, por conta de perdas localizadas.



Fonte: Autores

Para uma sondagem fidedigna é essencial certos cuidados. A sonda deve ser inserida paralela ao longo eixo do dente (Figura 9) e sem pressão excessiva para que não comprometa o tecido periodontal (Carranza *et al.*, 2012).

Figura 8: Posicionamento da sonda. A: Sonda posicionada ao longo eixo do dente, permitindo mensuração da profundidade de sondagem; B: Sonda posicionada com uma angulação superior ao longo eixo do dente, permitindo uma mensuração inadequada da real medida de profundidade de sondagem.



Fonte: Autore

3.7.5 Sangramento à Sondagem

É considerado um dos parâmetros mais objetivos para identificação de inflamação gengival (Chapple *et al.*, 2018) e de atividade da doença periodontal (Salvi *et al.*, 2023). Durante o exame da profundidade de sondagem são anotados os sítios que apresentaram sangramento com o estímulo da sonda dentro da bolsa periodontal (Salvi *et al.*, 2023).

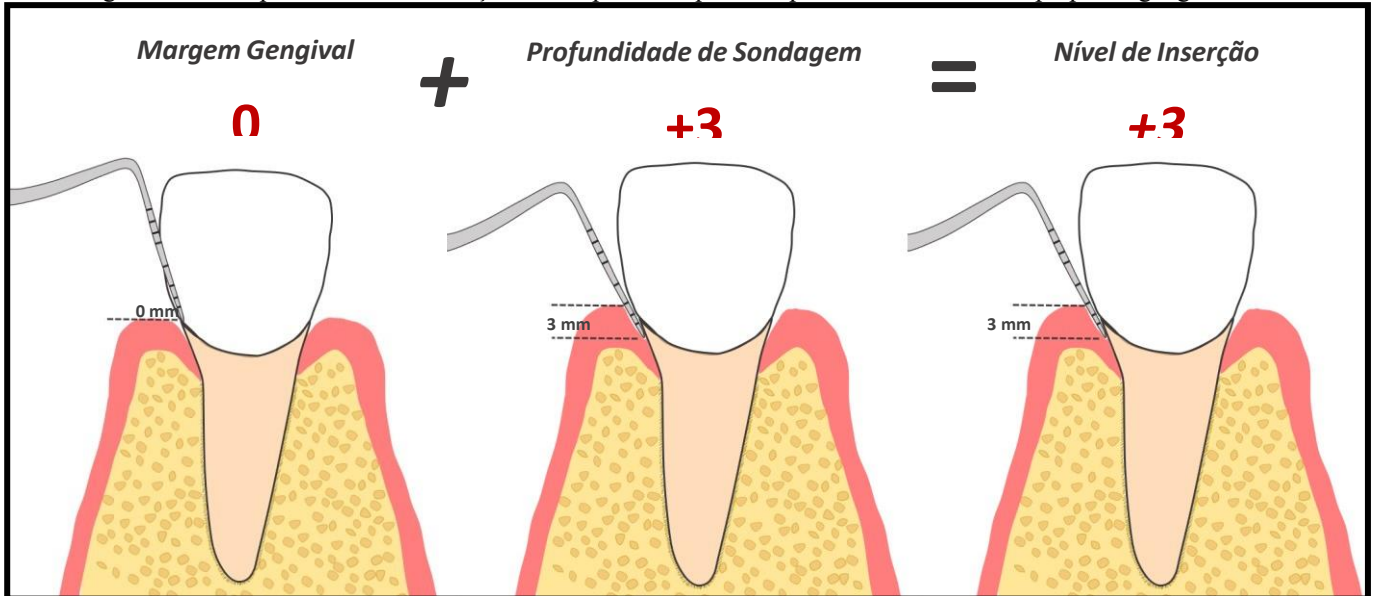
Estudos apontam que sangramento à sondagem negativo pode indicar paralisação de progressão da doença periodontal (Preshaw, 2015). Enquanto, sangramento à sondagem positivo está diretamente ligado a chance de progressão da doença periodontal (Lang *et al.*, 1986).

3.7.6 Nível de Inserção Clínica

Consiste na distância entre o fundo da bolsa periodontal e a junção cimento-esmalte (Figura 10) (Carranza *et al.*, 2012; Salvi *et al.*, 2023). De forma prática, são os valores de margem gengival somados a profundidade de sondagem (Figura 10, Figura 11, Figura 12) (Preshaw, 2015; Salvi *et al.*, 2023). Essa medida indica a quantidade de perda de inserção clínica periodontal que o paciente apresenta (Carranza *et al.*, 2012). Quanto maior o valor encontrado, maior a destruição periodontal (Carranza *et al.*, 2012). A perda de inserção clínica é uma análise valiosa para o diagnóstico e grau de estadiamento da periodontite (Salvi *et al.*, 2023; Tonetti & Sanz, 2019).

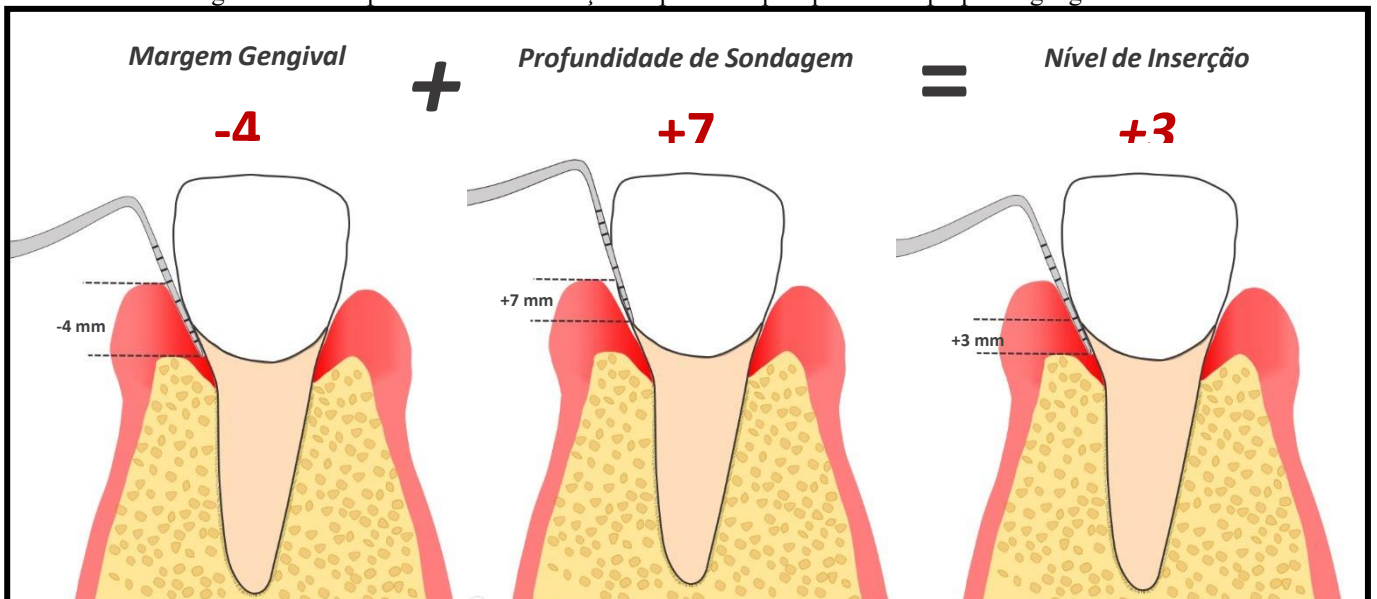
O nível de inserção clínica de pacientes que não apresentam recessão ou hiperplasia gengival será igual ao valor encontrado na profundidade de sondagem (Figura 10) (Carranza *et al.*, 2012; Salvi *et al.*, 2023).

Figura 10: Exemplo do nível de inserção de um paciente que não apresenta recessão ou hiperplasia gengival.



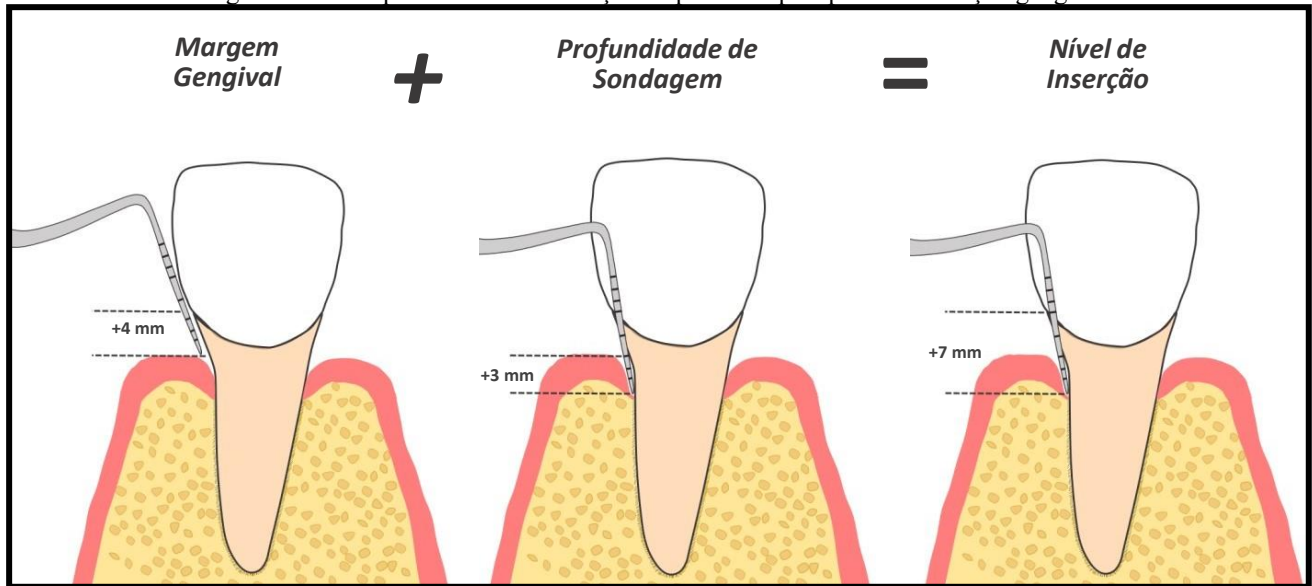
Fonte: Autores

Figura 11: Exemplo do nível de inserção de paciente que apresenta hiperplasia gengival.



Fonte: Autores

Figura 12: Exemplo do nível de inserção de paciente que apresenta retração gengival.



Fonte: Autores

3.7.7 Furca

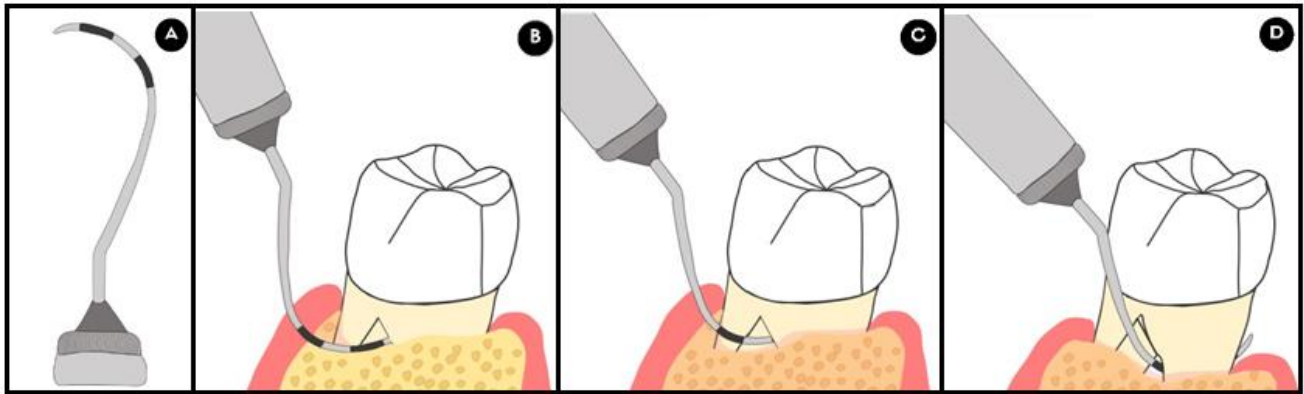
Esse parâmetro é usado para identificar lesão de furca (Preshaw, 2015). Realizado apenas em dentes birradiculares ou multirradiculares (Preshaw, 2015; Salvi *et al.*, 2023). Dentes que apresentam 3 ou mais raízes devem ser analisadas todas as possíveis furcas (Preshaw, 2015). A sonda Nabers (Figura 13A) é um instrumento facilitador dessa medida (Preshaw, 2015; Salvi *et al.*, 2023). Ela possui angulação curva e formato adequado para ser introduzida na região de furca e possui marcações que permitem a correta classificação do grau da lesão, quando presente (Preshaw, 2015).

1975): As lesões de furca são divididas em 3 graus (Figura 13B, 13C, 13D) (Hamp, Nyman, & Lindhe, Grau I: Perda de 1/3 de inserção de furca da área interradicular (< 3 mm); Grau II: Perda maior que 1/3 de inserção de furca, mas sem atingir a área total interradicular (> 3 mm);

Grau III: Perda de inserção de furca ultrapassa a área total interradicular.

Esse tipo de avaliação é importante porque, quando há lesão de furca, é necessário envolver essa região no plano de tratamento (Carranza *et al.*, 2012). Grau de lesão de furca avançado muitas vezes desfavorece o prognóstico do dente acometido (Wang *et al.*, 1994).

Figura 13: Avaliação da furca. A: Sonda de Nabers; B: Lesão de furca Grau I; C: Lesão de furca Grau II; D: Lesão de furca Grau III.



Fonte: Autores

3.7.8 Mobilidade

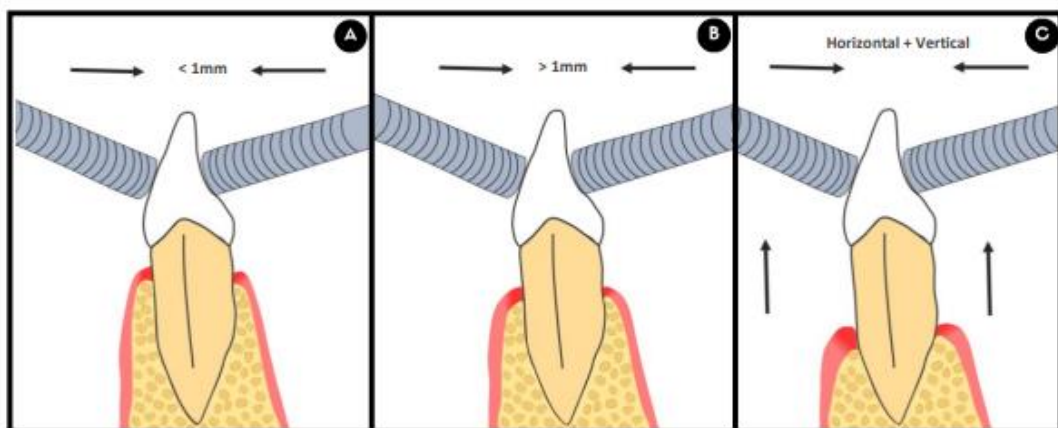
Com o auxílio de 2 instrumentos rombos, posicionados um na vestibular, e o outro da lingual/palatina do dente, por meio da realização de movimentos mesio-distal, vestibulo-lingual/palatino, e no sentido vertical, é possível observar e classificar a mobilidade dentária (Preshaw, 2015; Rose, 2004).

As lesões são divididas em 3 graus (Figura 14) (Rose, 2004):

Grau I: apresenta uma sutil mobilidade (< 1mm) no sentido mesio-distal e/ou vestibulo-lingual; mm) ; Grau II: Apresenta moderada mobilidade no sentido mesio-distal e/ou vestibulo-lingual (> 1 mm) ; Grau III: Apresenta grande mobilidade no sentido mesio-distal e/ou vestibulo-lingual, além de apresentar mobilidade no sentido vertical (da raiz para a incisal).

A presença de mobilidade não é indicador de atividade da doença periodontal, é preciso combina-la com outros achados clínicos característicos (Lang & Bartold, 2018). Isso pelo fato de trauma oclusal e trauma dento-alveolar também serem possíveis causadores de mobilidade dentária (Carranza *et al.*, 2012; Preshaw, 2015).

Figura 14: Exame para verificada mobilidade dentária. A: Mobilidade Grau I; B: Mobilidade Grau II; C: Mobilidade Grau III



Fonte: Autores



3.8 EXAMES COMPLEMENTARES

Finalizado o preenchimento da ficha de periograma, exames complementares, comoradiografias e fotografias podem ser solicitados (Carranza *et al.*, 2012). As fotografias podem ser aliadas para mostrar ao paciente o antes e depois do tratamento, porém, para fins de diagnóstico, ela pode não ser eficaz (Carranza *et al.*, 2012). As radiografias periapicais são importantes, principalmente para classificar o grau de doença através da visualização da perda óssea, contudo, ela não dispensa a avaliação clínica periodontal (Tonetti & Sanz, 2019).

3.8.1 Diagnóstico periodontal e planejamento do tratamento

Com a anamnese, exame clínico, exame periodontal e complementar em mãos, é possível realizar com precisão o diagnóstico periodontal do paciente e por fim, traçar o plano de tratamento adequado (Preshaw, 2015).

A última classificação reconhecida internacionalmente das doenças periodontais foi divulgada em 2018 (Caton *et al.*, 2018). O diagnóstico pode ser realizado por etapas (Tonetti & Sanz, 2019):

3.8.2 Presença de saúde periodontal, gengivite ou possível periodontite

Saúde periodontal: Quando há menos que 10% dos sítios com sangramento à sondagem positivo e com profundidade de sondagem de até 3mm (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018). Esse quadro pode ocorrer tanto em um periodonto íntegro (sem perda de inserção) quanto em um periodonto reduzido (com perda de inserção).

Gengivite: Ocorre quando há mais que 10% dos sítios com sangramento à sondagem positivo e com profundidade de sondagem de até 3mm (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018). Abrange o periodonto íntegro e periodonto reduzido. Ainda é possível classificar a gengivite quanto ao agente causal: gengivite somente pelo biofilme; gengivite mediada por fatores sistêmicos ou local e gengivite associada a medicamentos que resultam em modificação do tecido gengival (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018).

Periodontite: Quando há profundidade de sondagem ≥ 4 mm com sangramento à sondagem combinado à perda de inserção em dois ou mais sítios não adjacentes (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018).

3.8.3 Diagnóstico diferencial da doença periodontal

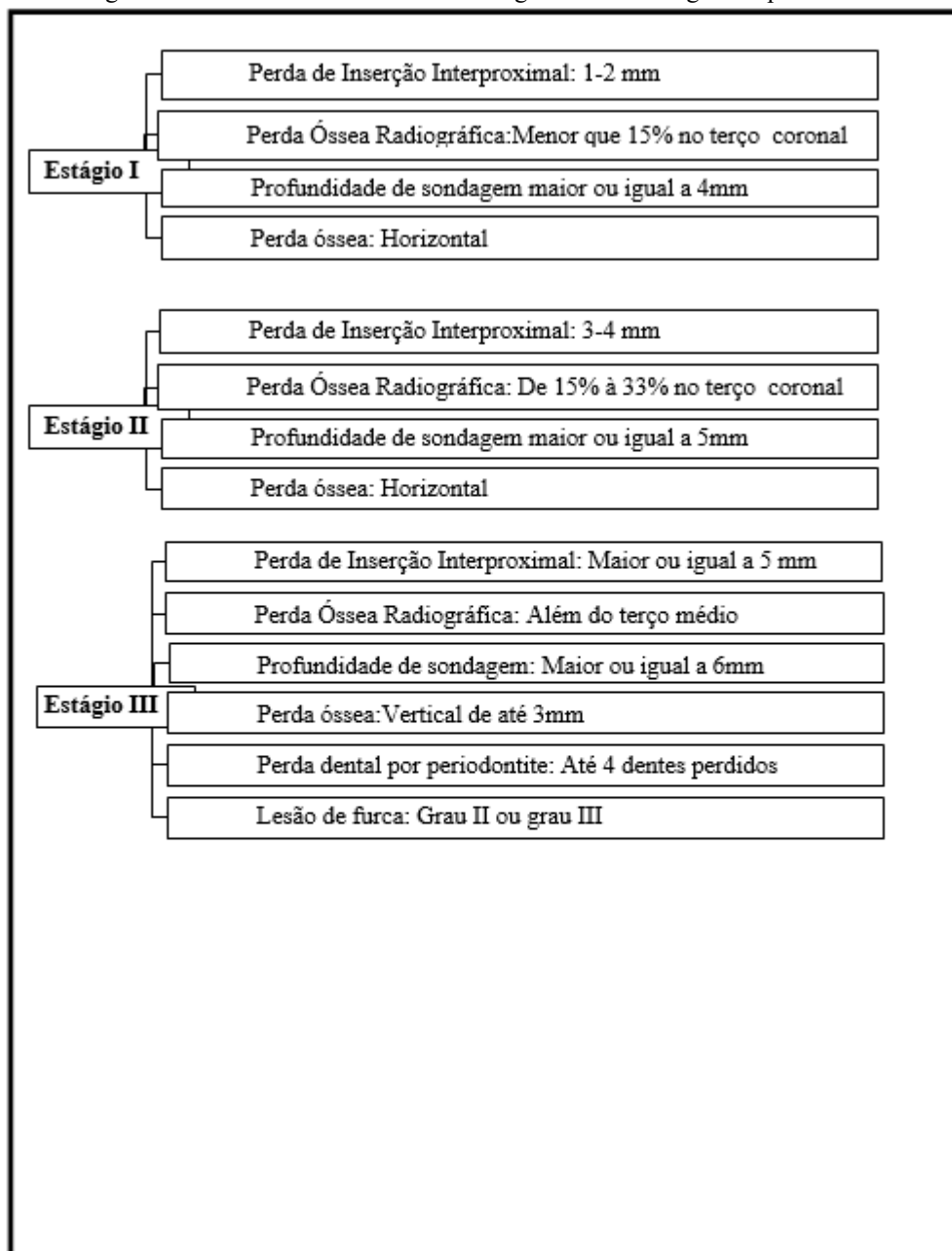
Observada a perda de inserção, profundidade de sondagem maior ou igual a 4mm com sangramento à sondagem, é necessário descartar outras patologias ou traumas que podem apresentar quadros semelhantes (Preshaw, 2015). Destacam-se a cárie cervical, lesões endo-perio, fraturas radiculares verticais, recessão gengival, perda de inserção na distal do

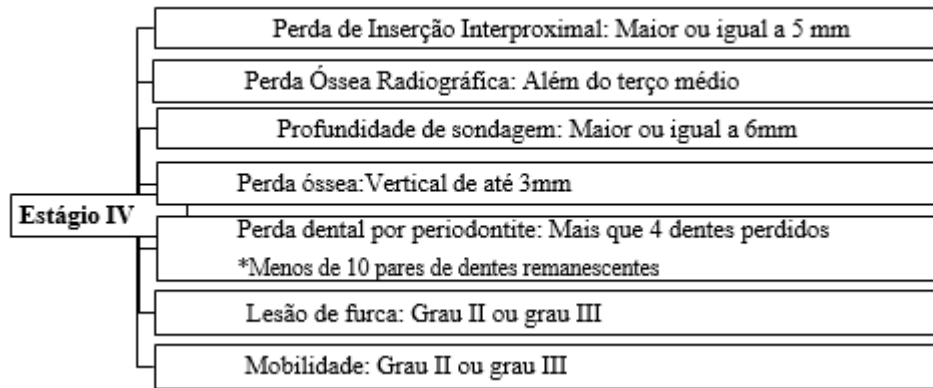
segundo molar devido a extração de terceiro molar (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018).

3.8.4 Avaliação da gravidade da periodontite

Primeiro é definido o estágio e a extensão (localizada [até 30% dos sítios acometidos] ou generalizada [mais de 30% dos sítios acometidos]) da periodontite. Em seguida, é definido o grau de progressão que, por sua vez, pode ser influenciado por fatores de risco do paciente como o fumo e diabetes (Caton *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018). As características de cada estágio estão listadas na Figura 15 (Caton *et al.*, 2018; Papapanou *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018).

Figura 15: Características clínicas e radiográficas dos estágios da periodontite

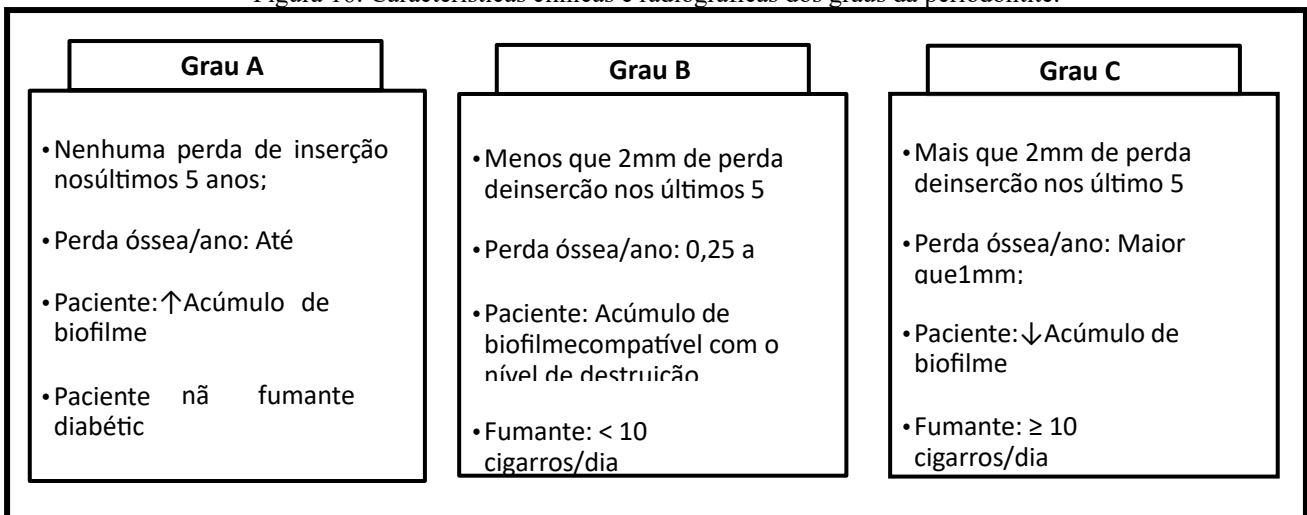




Fonte: Autores

Com o reconhecimento do estágio de periodontite o próximo passo é definir o grau com base nas evidências e riscos de progressão da doença (Figura 16) (Caton *et al.*, 2018; Papapanou *et al.*, 2018; Steffens & Marcantonio, 2018).

Figura 16: Características clínicas e radiográficas dos graus da periodontite.



Fonte: Autores

3.8.5 Planejamento do tratamento

Com o diagnóstico definido é possível traçar um plano de tratamento individual, considerando características sistêmicas e fatores de risco de cada paciente (Salvi *et al.*, 2023).

4 CONCLUSÃO

Um exame clínico periodontal e radiográfico detalhado do paciente, combinado com informações precisas obtidas durante a anamnese, são essenciais para o diagnóstico correto de periodontite e de seu nível de progressão.



AGRADECIMENTOS

Este estudo foi financiado por bolsas da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) – Código Financeiro 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - INCT Saúde Oral e Odontologia - Bolsa n. 406840/2022-9.



REFERÊNCIAS

Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J*. 1975 Dec;25(4):229-35.

Armitage GC. The complete periodontal examination. *Periodontol 2000*. 2004;34:22-33. doi: 10.1046/j.0906-6713.2002.003422.x.

Barbosa VL, Angst PD, Finger Stadler A, Oppermann RV, Gomes SC. Clinical attachment loss: estimation by direct and indirect methods. *Int Dent J*. 2016 Jun;66(3):144-9. doi: 10.1111/idj.12218.

Buduneli E, Aksoy O, Köse T, Atilla G. Accuracy and reproducibility of two manual periodontal probes. An in vitro study. *J Clin Periodontol*. 2004 Oct;31(10):815-9. doi: 10.1111/j.1600-051x.2004.00560.x.

Carranza F A, Newman MG, Takei H. H., Klokkevold P. R. *Periodontia Clínica*. 11a e. Ed. Rio de Janeiro, Rj: Elsevier. 2012.

Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, Mealey BL, Papapanou PN, Sanz M, Tonetti MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol*. 2018 Jun;45 Suppl 20:S1-S8. doi: 10.1111/jcpe.12935. PMID: 29926489.

Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, Geisinger ML, Genco RJ, Glogauer M, Goldstein M, Griffin TJ, Holmstrup P, Johnson GK, Kapila Y, Lang NP, Meyle J, Murakami S, Plemons J, Romito GA, Shapira L, Tatakis DN, Teughels W, Trombelli L, Walter C, Wimmer G, Xenoudi P, Yoshie H. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an 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 Periodontol*. 2018 Jun;89 Suppl 1:S74-S84. doi: 10.1002/JPER.17-0719.

Chojnacka-Purpurowicz J, Wygonowska E, Placek W, Owczarczyk-Saczonek A. Cyclosporine-induced gingival overgrowth-Review. *Dermatol Ther*. 2022 Dec;35(12):e15912. doi: 10.1111/dth.15912

Dietrich T, Ower P, Tank M, West NX, Walter C, Needleman I, Hughes FJ; Wadia R; Milward MR. British Society of Periodontology. Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal diseases and conditions—implementation in clinical practice. *British dental journal*. 2019. 226(1), 16-22. doi: 10.1038/sj.bdj.2019.3

Eke PI, Dye BA, Wei L, Slade GD, Thornton-Evans GO, Borgnakke WS, Taylor GW, Page RC, Beck JD, Genco RJ. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol*. 2015 May;86(5):611-22. doi: 10.1902/jop.2015.140520.

Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multirrooted teeth. Results after 5 years. *J Clin Periodontol*. 1975 Aug;2(3):126-35. doi: 10.1111/j.1600-051x.1975.tb01734.x.

Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, Demirel K, de Sanctis M, Ercoli C, Fan J, Geurs NC, Hughes FJ, Jin L, Kantarci A, Lalla E, Madianos PN, Matthews D, McGuire MK, Mills MP, Preshaw PM, Reynolds MA, Sculean A, Susin C, West NX, Yamazaki K. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol*. 2018 Jun;45 Suppl 20:S219-S229. doi: 10.1111/jcpe.12951



Kalhan AC, Wong ML, Allen F, Gao X. Periodontal disease and systemic health: An update for medical practitioners. *Ann Acad Med Singap.* 2022 Sep;51(9):567-574. doi: 10.47102/annals-acadmedsg.2021503.

Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S9-S16. doi: 10.1002/JPER.16-0517.

Lang NP, Joss A, Orsanic T, Gusberti FA, Siegrist BE. Bleeding on probing. A predictor for the progression of periodontal disease? *J Clin Periodontol.* 1986 Jul;13(6):590-6. doi: 10.1111/j.1600-051x.1986.tb00852.x.

O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. *J Periodontol.* 1972 Jan;43(1):38. doi: 10.1902/jop.1972.43.1.38.

Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, Flemmig TF, Garcia R, Giannobile WV, Graziani F, Greenwell H, Herrera D, Kao RT, Kerschull M, Kinane DF, Kirkwood KL, Kocher T, Kornman KS, Kumar PS, Loos BG, Machtei E, Meng H, Mombelli A, Needleman I, Offenbacher S, Seymour GJ, Teles R, Tonetti MS. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S173-S182. doi: 10.1002/JPER.17-0721.

Preshaw PM. Detection and diagnosis of periodontal conditions amenable to prevention. *BMC Oral Health.* 2015;15 Suppl 1(Suppl 1):S5. doi: 10.1186/1472-6831-15-S1-S5.

Ribeiro FV, Casarin RC, Palma MA, Júnior FH, Sallum EA, Casati MZ. Clinical and microbiological changes after minimally invasive therapeutic approaches in intrabony defects: a 12-month follow-up. *Clin Oral Investig.* 2013 Sep;17(7):1635-44. doi: 10.1007/s00784-012-0855-5.

Rose, L. F. (2004). *Periodontics: medicine, surgery, and implants.* (No Title).

Salvi GE, Rocuzzo A, Imber JC, Stähli A, Klinge B, Lang NP. Clinical periodontal diagnosis. *Periodontol 2000.* 2023 Jul 14. doi: 10.1111/prd.12487.

Schmalz G, Brauer L, Haak R, Ziebolz D. Evaluation of a concept to classify anamnesis-related risk of complications and oral diseases in patients attending the clinical course in dental education. *BMC Oral Health.* 2023 Aug 29;23(1):609. doi: 10.1186/s12903-023-03343-x.

Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. *Rev. Odontol. UNESP.* 2018. Aug; 47(4):189-197. doi.org/10.1590/1807-2577.04704.

Stöhr J, Barbaresko J, Neuenschwander M, Schlesinger S. Bidirectional association between periodontal disease and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sci Rep.* 2021 Jul 1;11(1):13686. doi: 10.1038/s41598-021-93062-6.

Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *J Clin Periodontol.* 2019 Apr;46(4):398-405. doi: 10.1111/jcpe.13104.

Valtellini R, Ouanounou A. Management of the Hypertensive Dental Patient. *J Can Dent Assoc.* 2023 Mar;89(2). ISSN: 1488-2159.

Wang HL, Burgett FG, Shyr Y, Ramfjord S. The influence of molar furcation involvement and mobility



on future clinical periodontal attachment loss. J Periodontol. 1994 Jan;65(1):25-9. doi: 10.1902/jop.1994.65.1.25.

Warnakulasuriya S, Dietrich T, Bornstein MM, Casals Peidró E, Preshaw PM, Walter C, Wennström JL, Bergström J. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. Int Dent J.2010 Feb;60(1):7-30. doi.org/10.1922/IDJ_2532Warnakulasuriya24.

WHO. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Wu Cz, Yuan Yh, Liu Hh, Zang Bw, Chen W, An Zj, Chen Sy, Wu Yz, Han B, Li Cj, Li Lj. Epidemiologic relationship between periodontitis and type 2 diabetes mellitus. BMC Oral Health20, 204 (2020). doi.org/10.1186/s12903-020-01180-w