


REVISÃO CRÍTICA DA NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS PERIODONTITES

Critical review of periodontitis classification

Access this article online	
Quick Response Code:	Website: https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/57831
	DOI: 10.22409/ijosd.v3i62.57831

Autores:

Diogo Moreira Rodrigues

Especialista, Mestre e Doutor em Periodontia. Prática Privada

Carlos Alberto Brazil Barboza Neto

Acadêmico de Odontologia

Carlos Alberto Brazil Barboza Júnior

Especialista, Mestre e Doutor em Periodontia. Professor Associado Periodontia, UFF

Endereço para correspondência: Rua Presidente João Pessoa, 102/ 404. Icaraí, Niterói, RJ

E-mail para correspondência: diogomrcd@gmail.com

RESUMO

Para o correto diagnóstico e tratamento da doença periodontal precisamos usar as classificações da doença periodontal. A mais recente foi proposta pela Academia Americana de Periodontia em conjunto com a Federação Europeia de Periodontia. Para a assimilação dos conceitos estabelecidos precisamos avaliar criticamente as informações que foram trazidas pelo consenso realizado há quase 6 anos. O objetivo do presente estudo é revisar o tópico periodontite da classificação, de forma a colaborar para o entendimento dessa doença pelos estudantes de graduação.

Palavras-chave: periodontite, doença periodontal, diagnóstico, classificação das doenças periodontais.



ABSTRACT

The periodontal diseases classifications are important for the correct diagnosis and treatment of periodontal diseases. The most recent classification was proposed by the American Academy of Periodontology in a consensus with the European Federation of Periodontology. For the assimilation of the established concepts, a critical evaluation of the information that was brought by the consensus almost 6 years ago, must be performed. The objective of the present study is to review the periodontitis topic of the new classification, in order to contribute to the understanding of this disease by undergraduate students.

Keywords: periodontitis, periodontal diseases, diagnoses, periodontal diseases classification.

INTRODUÇÃO

O consenso para a classificação das doenças periodontais aconteceu de 9 a 11 de novembro de 2017, em Chicago, numa reunião conjunta da Academia Americana de Periodontia com a Federação Europeia de Periodontia. A classificação foi então publicada em 2018, somando 18 artigos, 281 páginas e 4 consensos (por grupos de trabalho). A necessidade de novas classificações vem na medida em que paradigmas são quebrados, com a evolução do conhecimento e forma de tratamento das doenças periodontais.

REVISÃO DE LITERATURA

Nesse sentido, antes de começar a comentar sobre as mudanças que aconteceram a partir das classificações de 1989 e 1999 se faz necessária uma pequena volta ao passado. Desde os estudos clássicos da Gengivite Experimental no homem (LÖE H et al, a partir de 1965), que a etiologia da gengivite está associada ao acúmulo de biofilme bacteriano. Na década de 70 (LINDHE J et al 1973), demonstraram o papel do biofilme na periodontite em modelo animal. A partir de então, com os grandes estudos longitudinais de Michigan, Gotemburgo, Aarhus, Minesota e Loma Linda (final da década de 70 e anos 80), que significativa quebra de paradigma, com influência direta no tratamento foi estabelecida. Esses estudos trouxeram o entendimento da importância do tratamento cirúrgico e não cirúrgico e do controle e manutenção para o sucesso do tratamento a longo prazo.



Vários artigos de longo prazo mostraram o sucesso na manutenção e preservação dos dentes na maioria dos pacientes (HIRSCHFELD & WASSERMAN 1978, MCFALL JR 1982, AXELSSON P et al 2004, SCHATZLE M et al 2004), entretanto um pequeno grupo de pacientes parecem responder de forma menos favorável ao tratamento convencional (LILJENBERG et al 1994). Interessante também mencionar os estudos clássicos da História natural da doença periodontal no homem. Esses estudos capitaneados por Harald Løe começaram em 1970, no Sri Lanka, com 480 plantadores de chá, os quais não foram submetidos a nenhuma forma de tratamento até o último exame em 2011. No estudo de 1986 (LÖE H et al) demonstrou-se que o padrão de progressão da periodontite foi variado, com cerca de 81% apresentando progressão moderada, 8% progressão rápida e 11% sem progressão da doença. No último artigo publicado em 2017 (RAMSEIER CA et al) importantes conclusões são demonstradas, principalmente em relação a importância do cálculo e do sangramento à sondagem, como fatores de risco para a perda dentária.

Dessa forma, anos de conhecimento com os estudos clássicos, motivados pelo aumento exponencial no conhecimento de microbiologia e na área da imunologia (era genômica), são colocados no papel para a nova classificação, baseada também nos trabalhos clássicos de Socransky & Haffajee e de Page & Kornman na década de 90. Esses estudos levaram ao refinamento do conhecimento da origem multifatorial da periodontite (presença de bactérias patogênicas, ausência de espécies benéficas, meio favorável e hospedeiro suscetível), podendo ser modificados por fatores genéticos e ambientais.

Acredito que principalmente para a graduação, que tenhamos que simplificar bastante a classificação, sintetizando os principais pontos para construir o conhecimento. Dessa forma, o objetivo do presente estudo é discutir basicamente o tópico periodontite da nova classificação das doenças periodontais.

PRINCIPAIS PONTOS DA NOVA CLASSIFICAÇÃO

Gengivite: pode ocorrer em periodonto normal ou reduzido. Acredita-se que os pacientes devam possuir menos de 10% de sítios com sangramento à sondagem para apresentarem menor risco de progressão da doença.

Periodontite

Periodontite (sem formas crônicas ou agressivas)

Periodontite associada a doenças sistêmicas

Doenças periodontais necrosantes (gengivite necrosante, periodontite necrosante, gengivo estomatite herpética)



Outras condições afetando o periodonto

Podemos destacar nesse grupo principalmente: problemas mucogengivais, trauma oclusal, abscessos periodontais e lesão endoperiodontal.

Classificação específica para implantes

Saúde peri-implantar: sem sangramento à sondagem, sem sinais de inflamação. Importante conhecer esse tópico porque o número de pacientes que usam implantes atualmente é muito grande. Por mais que o dentista não faça a instalação de implantes, devem estar preparados para diagnosticar doenças que os acometem.

Mucosite peri-implantar: análoga a gengivite nos dentes. Sangramento a sondagem é detectado.

Peri-implantite: perda óssea radiográfica $\geq 3\text{mm}$, profundidade de sondagem $\geq 6\text{mm}$.

Problemas nos tecidos duros e moles associados aos implantes.

Por último, mas não menos importante, a periodontite, atualmente sem subtipos na classificação. O consenso definiu a periodontite como uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial associada a microbiota disbiótica, que pode acarretar destruição progressiva do periodonto de inserção. Para o diagnóstico clínico, a periodontite pode ser definida por perda de inserção clínica $\geq 2\text{mm}$ na região interdental de 2 dentes não adjacentes. Se não houver perda interproximal, devemos procurar nas faces livres por perda de inserção $\geq 3\text{mm}$ ou profundidade de bolsa a sondagem $> 3\text{mm}$. (CATON J et al 2018, TONNETI M et al 2018).

A classificação da periodontite se baseia em um sistema de dois vetores (estágio e grau) para diagnosticar cada caso. Dessa forma, as diferentes expressões fenotípicas da periodontite podem ser classificadas de forma a se estabelecer diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico.

Em um primeiro momento a periodontite é classificada em estágios (I doença inicial; II doença moderada; III e IV doença avançada), de forma a definir a severidade (gravidade), complexidade e extensão da periodontite.



PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS DIFERENTES ESTÁGIOS DE PERIODONTITE

Estágio I (periodontite inicial)

Severidade: maior perda de inserção interproximal 1-2mm ; ausência de perdas dentárias por periodontite; perda óssea radiográfica (terço coronário até 15%).

Complexidade: profundidade de bolsa a sondagem \leq 4mm; ausência de lesão de furca; perdas ósseas horizontais.

Extensão: localizada (menos de 30% dos sítios envolvidos): generalizada (mais de 30% dos sítios envolvidos).

Estágio II (periodontite moderada)

Severidade: maior perda de inserção interproximal 3-4mm; ausência de perdas dentárias por periodontite; perda óssea radiográfica (terço coronário, de 15-33%).

Complexidade: profundidade de bolsa a sondagem 4-6mm; ausência de lesão de furca ou lesões incipientes grau I; perdas ósseas horizontais.

Extensão: localizada (menos de 30% dos sítios envolvidos): generalizada (mais de 30% dos sítios envolvidos).

Estágio III (periodontite avançada)

Severidade: maior perda de inserção interproximal \geq 5mm; perda óssea radiográfica (terço médio das raízes); perda de menos de 4 dentes por periodontite.

Complexidade: profundidade de sondagem \geq 6mm; perdas ósseas angulares \geq 3mm; lesões de furca graus II e III.

Extensão: localizada (menos de 30% dos sítios envolvidos): generalizada (mais de 30% dos sítios envolvidos).

Estágio IV



Severidade: perda de inserção interproximal ≥ 6 mm; perda de mais do que 5 dentes por periodontite; perda óssea radiográfica terço apical das raízes.

Complexidade: colapso oclusal, migração patológica dos dentes, risco de mais perdas dentárias; lesões de furca avançadas; normalmente reabilitação oral é necessária após o tratamento da periodontite.

Extensão: localizada (menos de 30% dos sítios envolvidos): generalizada (mais de 30% dos sítios envolvidos).

Em um segundo momento o grau da periodontite é definido de forma a tentar estabelecer o risco de futuras perdas, possível trajetória da doença, fatores genéticos e ambientais que possam interferir no processo saúde/doença, marcadores de “surto inflamatório” (proteína C reativa principal representante) e desenvolvimento de biomarcadores para detectar atividade da doença (serão incorporados à classificação quando estiverem disponíveis). Os fatores modificadores que são avaliados no estabelecimento do grau da periodontite são o diabetes (hemoglobina glicosilada) e o fumo. O grau pode ser avaliado por evidência direta (perda de inserção clínica nos últimos 5 anos), ou evidência indireta (exame radiográfico; perda óssea radiográfica no sítio mais afetado dividida pela idade do paciente). A avaliação do grau parece ter sido um pouco inspirada no diagrama de risco para a manutenção periodontal (LANG & TONETTI, 2003).

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS DIFERENTES GRAUS DE PERIODONTITE

Grau A

Pouca perda de inserção; relação direta acúmulo de biofilme com periodontite; razão perda óssea radiográfica/ idade ($< 0,25$); não fumantes; não diabéticos; proteína C reativa < 1 .

Grau B

Relação direta do acúmulo de biofilme com a periodontite; perda de inserção até 2mm (5 anos); razão perda óssea/ idade (0,25-1); fumantes (máximo 10 cigarros por dia); em caso de diabetes (hemoglobina glicada < 7 mg/dl); proteína C reativa entre 1 e 3.

Grau C



Padrão molar incisivo pode se enquadrar aqui; podem apresentar poucos depósitos de biofilme, incompatíveis com o padrão de destruição; perda de inserção ≥ 2 mm (5 anos); razão perda óssea radiográfica/ idade (> 1); fumantes (mais que 10 cigarros/ dia); diabéticos não controlados (hemoglobina glicosilada > 7 mg/dl; proteína C reativa > 3).

DISCUSSÃO

Acreditamos que os alunos da graduação de acordo com a Academia Americana de Periodontia, devam possuir tabelas com cópias da classificação devido ao grande número de detalhes. Devemos destacar também que a classificação é bastante complexa para se integrar tantas informações para os estudantes nos anos iniciais do ciclo profissional. Temos o papel de sintetizar e simplificar a classificação. Avaliar criticamente a forma como o diagnóstico será feito é papel dos educadores.

Para profissionais que tiveram contato com a classificação das doenças periodontais de 1989 e depois na de 1999, as alterações são sempre complexas de serem adequadas ao nosso raciocínio para o diagnóstico e o tratamento.

Importante ressaltar que às vezes, de acordo com Genco em 1992, parecemos estar no “fim do começo” em alguns tópicos da Periodontia. Por exemplo nossos exames de profundidade de bolsa a sondagem e de inserção clínica a sondagem foram descritos por Ramfjord em 1959. Muito do que sabemos sobre importância de ausência de sangramento a sondagem e do valor preditivo do sangramento à sondagem (30%), foram descritos por Lang et al na década de 90. Pouco se comenta também com relação a integridade da lâmina dura radiográfica, como marcador de estabilidade periodontal, com excelente artigo publicado em 2017 por Rams, Listgarten & Slots.

O que realmente de certa forma fica difícil é aceitar que os padrões de doença agressiva da classificação de 1999 (ARMITAGE G et al) tenham sido abandonados. Recentemente foi demonstrado que as doenças crônicas e agressivas parecem não ter microbiota, proteoma e aspectos genéticos tão diferentes (FINE DH et al 2018). Anos de conhecimento desde a década de 1920 (Gottlieb), passando por estudos clássicos de Listgarten et al (anos 70), Lindhe & Liljenberg (1984), Renvert et al (1990) e outros tantos, fundamentando o tratamento dessa que já foi chamada de periodontose, cementopatia profunda, periodontite juvenil localizada, estão sendo abandonados. Parece existir uma tendência desses casos serem chamados de estágio III e IV, grau C, padrão molar incisivo. A falta de uma classificação específica para essa doença, pode



mascarar para as novas gerações, a dificuldade e o manuseio específico dessa doença com comportamento mais agressivo, que acomete indivíduos jovens.

CONCLUSÃO

Para concluir, podemos ressaltar que importantes avanços vêm sendo realizados para diminuir as áreas cinzentas (dúvidas dentro da nova classificação). Diretrizes para o tratamento das periodontites estágios I, II e III foram publicadas por Sanz et al em 2020 e para estágio IV em 2022 (HERRERA D et al). Ainda recentemente em 2023 (INIESTA M et al) demonstraram que parece existir microbiota e proteoma específicos para cada estágio. A nova classificação tem vários méritos, mas não somos obrigados a aceitar todos os detalhes propostos, sem o questionamento baseado em evidências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999 Dec;4(1):1-6. doi:10.1902/annals.1999.4.1.1.
2. 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 Sep;31(9):749-57. doi: 10.1111/j.1600-051X.2004.00563.x. PMID: 15312097.
3. 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.
4. Fine DH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *J Periodontol.* 2018 Jun;89 Suppl 1:S103-S119. doi: 10.1002/JPER.16-0712. PMID: 29926947.
5. Genco R. 13th International Congress on Periodontal Research, Osaka Japan, 1992, in Chapple IL. Periodontal diagnosis and treatment-where does the future lie? *Periodontol 2000.* 2009;51:9-24. doi: 10.1111/j.1600-0757.2009.00319.x. PMID: 19878466.



6. Herrera D, Sanz M, Kebschull M, Jepsen S, Sculean A, Berglundh T, Papapanou PN, Chapple I, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultant. Treatment of stage IV periodontitis: The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2022 Jun;49 Suppl 24:4-71. doi: 10.1111/jcpe.13639. PMID: 35688447.
7. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol*. 1978 May;49(5):225-37. doi: 10.1902/jop.1978.49.5.225. PMID: 277674.
8. Iniesta M, Chamorro C, Ambrosio N, Marín MJ, Sanz M, Herrera D. Subgingival microbiome in periodontal health, gingivitis and different stages of periodontitis. *J Clin Periodontol*. 2023 Feb 15. doi: 10.1111/jcpe.13793. Epub ahead of print. PMID: 36792073.
9. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol*. 1990 Nov;17(10):714-21. doi: 10.1111/j.1600-051x.1990.tb01059.x. PMID: 2262585.
10. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). *Oral Health Prev Dent*. 2003;1(1):7-16. PMID: 15643744.
11. Liljenberg B, Lindhe J, Berglundh T, Dahlén G, Jonsson R. Some microbiological, histopathological and immunohistochemical characteristics of progressive periodontal disease. *J Clin Periodontol*. 1994 Nov;21(10):720-7. doi: 10.1111/j.1600-051x.1994.tb00793.x. PMID: 7852619.
12. Lindhe J, Hamp SE, Loe H. Experimental periodontitis in the beagle dog. *Int Dent J*. 1973 Sep;23(3):432-7. PMID: 4587840.
13. Lindhe J, Liljenberg B. Treatment of localized juvenile periodontitis. Results after 5 years. *J Clin Periodontol*. 1984 Jul;11(6):399-410. doi: 10.1111/j.1600-051x.1984.tb01338.x. PMID: 6378984.
14. Listgarten MA, Lindhe J, Hellden L. Effect of tetracycline and/or scaling on human periodontal disease. Clinical, microbiological, and histological observations. *J Clin Periodontol*. 1978 Nov;5(4):246-71. doi: 10.1111/j.1600-051x.1978.tb01918.x.



15. Løe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol*. 1986 May;13(5):431-45. doi: 10.1111/j.1600-051x.1986.tb01487.x. PMID: 3487557.
16. Løe H, Theilade E, Jensen SB. experimental gingivitis in man. *J Periodontol* (1930). 1965 May-Jun;36:177-87. doi: 10.1902/jop.1965.36.3.177. PMID: 14296927.
17. McFall WT Jr. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. *J Periodontol*. 1982 Sep;53(9):539-49. doi: 10.1902/jop.1982.53.9.539. PMID: 6957591.
18. Page RC, Kornman KS. The pathogenesis of human periodontitis: an introduction. *Periodontol 2000*. 1997 Jun;14:9-11. doi: 10.1111/j.1600-0757.1997.tb00189.x. PMID: 9567963.
19. Ramfjord SP. Indices for Prevalence and Incidence of Periodontal Disease. *Journal of Periodontol* 1959;30:51-59.
20. Rams TE, Listgarten MA, Slots J. Radiographic alveolar bone morphology and progressive periodontitis. *J Periodontol*. 2018 Apr;89(4):424-430. doi: 10.1002/JPER.17-0279. PMID: 29683496.
21. Ramseier CA, Anerud A, Dulac M, Lulic M, Cullinan MP, Seymour GJ, Faddy MJ, Bürgin W, Schätzle M, Lang NP. Natural history of periodontitis: Disease progression and tooth loss over 40 years. *J Clin Periodontol*. 2017 Dec;44(12):1182-1191. doi: 10.1111/jcpe.12782. Epub 2017 Sep 22. PMID: 28733997.
22. Renvert S, Wikström M, Dahlén G, Slots J, Egelberg J. Effect of root debridement on the elimination of *Actinobacillus actinomycetemcomitans* and *Bacteroides gingivalis* from periodontal pockets. *J Clin Periodontol*. 1990 Jul;17(6):345-50. doi: 10.1111/j.1600-051x.1990.tb00029.x. PMID: 2204636.
23. Sanz M, Herrera D, Kebschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, Sculean A, Tonetti MS; EFP Workshop Participants and Methodological Consultants. Treatment of stage I-III periodontitis-The EFP S3 level clinical practice guideline. *J Clin Periodontol*. 2020 Jul;47 Suppl 22(Suppl 22):4-60. doi: 10.1111/jcpe.13290. Erratum in: *J Clin Periodontol*. 2021 Jan;48(1):163.



24. Schätzle M, Loe H, Lang NP, Heitz-Mayfield LJ, Bürgin W, Anerud A, Boysen H. Clinical course of chronic periodontitis. III. Patterns, variations and risks of attachment loss. J Clin Periodontol. 2003 Oct;30(10):909-18. doi: 10.1034/j.1600-051x.2003.00401.x. PMID: 14710771.
25. Socransky SS, Haffajee AD. Effect of therapy on periodontal infections. J Periodontol. 1993 Aug;64(8 Suppl):754-9. doi: 10.1902/jop.1993.64.8s.754. PMID: 8410615.
26. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Clin Periodontol. 2018 Jun;45 Suppl 20:S149-S161. doi: 10.1111/jcpe.12945. Erratum in: J Clin Periodontol. 2019 Jul;46(7):787. PMID: 29926495.