

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

PERIODONTITE AGRESSIVA: RELATO DE CASO CLÍNICO

DAIANA ANERIS DA SILVA

Manaus - Amazonas

2017

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA

PERIODONTITE AGRESSIVA: RELATO DE CASO DCLÍNICO

DAIANA ANERIS DA SILVA

Trabalho de conclusão de curso, na forma de relato de caso clínico apresentado ao curso de graduação em Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas como requisito obrigatório para obtenção do título de cirurgiã-dentista.

Orientadora: Prof.^a MSc. Giselle Desideri Tino Barbosa Ferreira

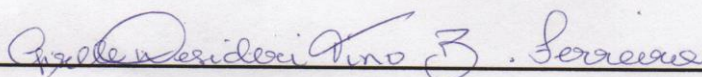
Manaus - Amazonas

2017

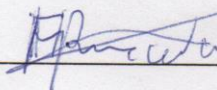
TERMO DE APROVAÇÃO

A Ac. **Daiana Aneris da Silva** foi aprovada mediante apresentação de conteúdo teórico e oral do trabalho intitulado: **PERIODONTITE AGRESSIVA ASSOCIADA AO GRANULOMA PIOGÊNICO- RELATO DE CASO**, considerado o mesmo, seu Trabalho de Conclusão de Curso.

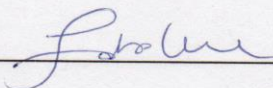
BANCA EXAMINADORA



Profa. Msc. Giselle Desideri Tino B. Ferreira (Orientador)



Prof. Msc. Fabiano Rito Macedo



Profa. Dra. Fabíola Mendonça da Silva Chui

Manaus, 21 de junho de 2017.

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois é dele tudo que há.
"Pois é Deus quem efetua em vocês tanto o querer quanto o realizar, de
acordo com a boa vontade dele." Filipenses 2:13.*

*Aos meus pais, que são meu porto seguro, minha fortaleza, meu
refúgio e meus heróis, cada obstáculo vencido foi graças a vocês, e para
vocês dedico todo amor e carinho que existe em mim.*

AGRADECIMENTOS

Aos maiores responsáveis e incentivadores da concretização deste sonho, meus pais: Terezinha Aneris da Silva e José Berto Sales de Farias. Não existem palavras para expressar todo meu agradecimento por este tempo em que vocês estiveram do meu lado compartilhando momentos de alegria e tristeza. A força transmitida por vocês foi essencial para que o foco desta caminhada não fosse desviado. Agradeço todos os conselhos, todos os sorrisos, abraços e o amor incondicional.

Obrigada a minha irmã Kaline da Silva Reina por torcer, acreditar e por nunca ter me deixado desistir, obrigada pelos seus conselhos.

Obrigada a minha prima-tia Raimunda da Silva, tenho em você uma pessoa muito importante, pois você foi uma das pessoas que fizeram que meu sonho tornasse realidade, jamais poderei retribuir o que fizestes por mim.

Minha dupla João Roberto Castro, meu amigo, meu irmão, juntos enfrentamos muitas dificuldades, e eu só tenho a agradecer por toda paciência e companheirismo no decorrer desses anos.

Agradeço ao meu amigo Calil Telles, sempre que precisei de conselhos, um ombro amigo, você estava sempre ao meu lado e que agora vai ser padrinho da minha princesa Hellena Sophie, você estará eternizado em meu coração.

Aos acadêmicos Gieyse de Oliveira, Jéssica Swaze, Alessandra Pires, Jéssica Penha, Adenilson Maia, por tornarem meus dias mais leve, pelos momentos de descontração, vocês são um presente que a UEA me deu durante a graduação.

Um obrigada mais do que especial a minha professora orientadora Dr^a. Giselle Tino que sempre muito atenciosa e organizada colaborou muito para que ocorresse a realização e conclusão deste trabalho, não tenho palavras para descrever o quão significativa e honrosa é ter sido sua aluna, seus ensinamentos levarei por toda vida.

Agradeço ao professor Dr. Válber Martins por acreditar e torcer por mim, por todas as palavras de incentivo e todo conhecimento transmitido, pois quando eu mais precisei de um conselho, você me proporcionou a esperança que tudo iria dá certo.

Agradeço a minha paciente K. L. C., por toda a confiança em mim depositada.

E a todos os professores, que durante anos utilizaram de toda sua paciência e humildade para compartilhar a sua experiência, de tal forma que hoje eu possa comemorar a concretização de um sonho e o início de uma nova fase em minha vida.

A Universidade do Estado do Amazonas que me acolheu e foi minha segunda casa, ao curso de Odontologia e todos que dele fazem parte, obrigada.

A todas as pessoas que contribuíram para que esta caminhada fosse feita de maneira divertida e inesquecível, meu mais sincero sentimento de gratidão. .

RESUMO

A periodontite agressiva generalizada compreende um grupo de formas de periodontite de progressão rápida, raras e frequentemente graves, muitas vezes caracterizadas pela idade precoce da manifestação clínica. O objetivo deste é relatar a terapêutica cirúrgica utilizada no tratamento do caso clínico de periodontite agressiva. Este trabalho apresenta o caso clínico de uma paciente de 21 anos de idade, portadora de periodontite agressiva generalizada grave, no qual ao exame intrabucal observou-se um quadro de gengiva edemaciada com sangramento, aumento gengival na arcada superior e inferior, deslocamento gengival em todos os elementos dentários, o exame radiográfico há perda óssea horizontal nas arcadas superior e inferior, perda vertical entre os dentes 31 ao 42, e entre os dentes 11 e 21, a profundidade de sondagem foi em entre 4 a 10 milímetros. Podemos concluir que a técnica de Widman modificado em incisão intrasulcular foi à terapêutica correta para o caso apresentado, pois houve redução do tecido gengival excessivo.

Palavras-chave: Periodontite agressiva, Perda óssea horizontal e vertical, Tratamento periodontal.

ABSTRACT

Generalized aggressive periodontitis comprises a group of rapidly progressing, rare and often severe forms of periodontitis, often characterized by the early age of clinical manifestation. The objective of this report is to report the surgical treatment used in the treatment of the clinical case of aggressive periodontitis. This paper presents the clinical case of a 21-year-old female patient with severe generalized aggressive periodontitis, in whom intra-oral examination revealed a bleeding gingiva, gingival enlargement in the upper and lower arch, gingival displacement in all The dental elements, radiographic examination there is horizontal bone loss in the upper and lower arches, vertical loss between teeth 31 to 42, and between teeth 11 and 21, the depth of probing was between 4 and 10 millimeters. We can conclude that the Widman technique modified in intrasulcular incision was the correct therapy for the presented case, because there was reduction of excessive gingival tissue.

Key words: Aggressive periodontitis, Horizontal and vertical bone loss, Periodontal treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Aspectos clínicos iniciais da cavidade oral da paciente (15/04/2015). A: gengiva edemaciada; B: aumento gengival nos dentes inferiores; C: papila retromolar com aspecto granulomatoso.....	21
Figura 2:Evidenciação de Placa Bacteriana (15/04/2015). A: dentes na face vestibular; B: Dentes na oclusal e língua.....	22
Figura 3: Radiografia Panorâmica Inicial (01/05/2015)	22
Figura 4: Radiografias Periapicais Iniciais da Arcada Superior (01/05/2015). A: pré-molares e molares; B: incisivos centrais e laterais; C: molares da arcada superior direita; D: molares da arcada superior esquerda.	22
Figura 5: Radiografias Periapicais Iniciais da Arcada Inferior (01/05/2015). A: Molares esquerda; B: incisivos e caninos; C: pré-molares e molares direita; D: molares direita.	23
Figura 6: Radiografias Periapicais da Arcada Superior. (04/04/2016).....	24
Figura 7: Radiografias Periapicais da Arcada Inferior. (04/04/2016)	24
Figura 8: Aspecto Gengival da Exacerbação do Crescimento Gengival Durante a Gravidez. (04/04/2016)	25
Figura 9: Aspecto Clínico da Gengiva. (08/05/2017).....	31
Figura 10: Sequência Cirúrgica de Widman modificado. (08/05/2017)	33
Figura 11: Cicatrização 1 Semana Após a Cirurgia de Widman Modificado. (15/05/2017).....	34
Figura 12: Aspecto clínico da área de cicatrização da gengiva após 2 semanas. (22/05/2017).....	34
Figura 13: Aspecto gengival e do palato após 3 semanas da cirurgia. (29/05/2017)....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Resumo dos Periogramas	26
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

PA – Periodontite Agressiva

PAL- Periodontite Agressiva Localizada

PAG- Periodontite Agressiva Generalizada

AA - Aggregatibacter actinomycetemcomitans

PG- Porphyromonas gingivalis

RAP – instrumentação mecânica

PDT – Terapia fotodinâmica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. REVISÃO DA LITERATURA	14
4. RELATO DE CASO	21
5. DISCUSSÃO	36
6. CONCLUSÕES.....	38
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS:.....	42

1. INTRODUÇÃO

A doença periodontal é uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dentário, causada por microrganismos específicos ou grupos de microrganismos específicos, resultando em uma perda progressiva do ligamento periodontal e do osso alveolar.¹ A classificação das doenças periodontais utilizada atualmente foi delineada pela Academia Americana de Periodontologia (AAP) em 1999 que inclui oito (8) categorias principais: Doenças gengivais, periodontite crônica, periodontite agressiva, periodontite como manifestações de doenças sistêmicas, doenças periodontais necrosantes, abscessos do periodonto, periodontites associadas a lesões endodônticas e deformidades e condições de desenvolvimento ou adquiridas.^{2, 3}

A periodontite agressiva (PA) compreende um grupo de formas de periodontite de progressão rápida, raras e frequentemente graves, muitas vezes caracterizadas pela idade precoce da manifestação clínica e uma tendência distinta dos casos a se desenvolver em uma mesma família. Onde foi caracterizado pelos aspectos mais comuns, como: história médica não significativa, rápida perda de inserção e destruição óssea e agregação familiar nos casos.² De forma geral, descreve-se duas formas de existência específicas da PA: Periodontite Agressiva Localizada (PAL) (- de 30% de sítios atingido, incluindo molares e incisivos), Periodontite Agressiva Generalizada (PAG) (+ DE 30% de sítios atingidos, além dos incisivos e molares e mais um dente).⁵

A PAG geralmente acomete pessoas abaixo de 30 anos, mas pode acometer pacientes com mais idade, perda de inserção Interproximal generalizada afetando pelo menos três dentes permanentes, além dos incisivos e primeiros molares, a destruição parece ocorrer em fases, com períodos de destruição intensos seguidos de estágios de inatividade com duração variável e respostas insuficiente do anticorpo sérico a agentes

infectantes.^{1, 2} Geralmente há dois tipos de respostas do tecido gengival, a primeira é uma inflamação tecidual aguda e grave, muitas vezes proliferativa, ulcerada e avermelhada, esse tipo de resposta ocorre nos estágios de destruição intensa. A segunda o tecido gengival pode parecer rosado, livre de inflamação e, ocasionalmente, com pontilhado semelhante à casca de laranja, coincide com períodos de inatividade em que o nível ósseo remanescente permanece estável.¹

Pacientes com PA costumam ter pequena quantidade de biofilme bacteriano aos dentes afetados. Quantitativamente, os biofilmes dentais parecem inconsistentes com a quantidade de destruição periodontal, qualitativamente, *Porphyromonas gingivalis* (Pg) e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa) são detectadas com frequência no biofilme existente.¹ Essas bactérias associadas causam destruição do periodonto marginal por dois mecanismos relacionados: por ação direta dos microrganismos ou seus produtos nos tecidos hospedeiros e/ou como resultado do fato de promoverem respostas inflamatórias destruidoras de tecido. O diagnóstico definitivo é centrado nos achados clínicos, radiográficos, histopatológico e microbiológicos, combinado com o histórico familiar e testes da função leucocitária.⁶

Este trabalho justifica-se por ser de grande importância, pois demonstra técnica cirúrgica para devolução de estética e funcionabilidade frente a uma patologia periodontal, deste modo irá contribuir para a saúde da paciente.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Relatar a terapêutica cirúrgica utilizada no tratamento de um caso clínico de periodontite agressiva.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar o diagnóstico e tratamento adequado para o paciente.
- Descrever a técnica de Widman modificado e incisão intrasulcular utilizada em um tratamento de periodontite agressiva.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Antes da reclassificação da Academia Americana de Periodontologia de 1999, a doença periodontal destrutiva em pacientes jovens era denominada periodontite de início precoce e subdividida nas formas de periodontite pré-purberal, juvenil localizada, juvenil generalizada e de progressão rápida.³

O simpósio para a classificação internacional identificou características clínicas e laboratoriais consideradas específicas o bastante para permitir a subclassificação da periodontite agressiva (PA) em forma localizada e generalizada.² Esta patologia representa o grupo mais heterogêneo e inclui a forma mais graves de periodontite, elas tem ênfase no possível relacionamento com a periodontite agressiva localizada e ênfase na destruição avançada em comparação com a idade do paciente, que cada uma permanece altamente heterogênea em termos de apresentação clínica e resposta a terapia. Os fundamentos adicionais para uma classificação imprecisa dessas formas de periodontite generalizada vêm do fato de que, devido à gravidade da doença e à heterogeneidade da apresentação clínica, cada um desses casos raros merece consideração individual.⁷

As características clínicas da PA, normalmente afeta pessoas abaixo de 30 anos, mas pode acometer paciente com mais idade, tem perda de inserção Interproximal generalizada afetando pelo menos três dentes permanentes, além dos primeiros molares e incisivos, tem natureza episódica pronunciada da destruição da inserção e do osso alveolar e resposta insuficiente do anticorpo sérico a agentes infectantes.⁸

Alguns pacientes podem ter manifestações sistêmicas, como perda de peso, depressão e mal-estar geral. Esses pacientes devem ter seu histórico médico atualizado e revisado, devem receber avaliação médica para descartar a possibilidade de envolvimento sistêmico.^{1,5}

Os achados radiográficos podem variar de uma perda óssea extensa e grave, associada a um número mínimo de dentes, ou uma perda óssea avançada afetando a maioria dos dentes em toda a dentição.¹

Todas as formas agressivas de periodontite são caracterizadas pela destruição grave dos tecidos de inserção periodontal numa idade jovem. Esse curto tempo de tempo de manifestações de lesões clinicamente detectáveis é interpretado geralmente como a manifestação de agentes altamente virulentos ou de altos níveis de suscetibilidade dos pacientes, ou combinação de ambos.⁹

A aceitação da etiologia bacteriana das formas agressivas da periodontite tem sido particularmente difícil, uma vez que a apresentação clínica dos casos frequentemente mostra pouco acúmulo de placa visível, e cáries proximais, outra doença dental de origem bacteriana que afeta indivíduos mais jovens, parece ser menos prevalente em pacientes com periodontite agressiva localizada do que em controles pareados por idade, gênero e raça. A esse respeito, estudos microscópicos demonstrando a presença de uma camada de depósitos bacterianos na superfície radicular de lesões avançadas de periodontite agressiva foram de grande importância, nesses estudos, microrganismos Gram-negativos representam aproximadamente 2/3 dos isolados das bolsas periodontais profundas. Por outro lado, esses microrganismos somaram apenas cerca de 1/3 dos isolados nos sítios de controle com gengiva normal.²

Um desses organismos, o *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), um bastonete curto Gram-negativo, anaeróbio facultativo, não-móvel, recebeu particular atenção e foi cada vez mais visto como microrganismo-chave na periodontite agressiva localizada. Essa visão foi principalmente baseada em quatro linhas de evidências: Estudos de associação, ligando o organismo à doença: o A.a. foi isolado em lesões periodontais em mais de 90% dos pacientes com periodontite agressiva localizada;

Demonstração de fatores de virulência: o A.a. mostrou produzir varias substâncias potencialmente patogênicas, incluindo uma leucotoxina, e foi capaz de translocação através de membranas epiteliais; Achados de respostas imunes direcionadas a essa bactéria: pesquisadores repetidamente relataram elevados níveis de anticorpos no soro para A.a. em pacientes com periodontite agressiva localizada e estudos clínicos mostrando uma correlação entre resultados do tratamento e os níveis de A.a. após a terapia: o insucesso do tratamento foi ligado ao fracasso na redução da carga subgengival do A.a.^{2,9}

Os fatores imunológicos têm sido implicados na patogênese da PA, os antígenos leucocitários humanos (HLAs), que regulam respostas imunológicas, tem sido avaliados como candidatos a marcadores para PAG.⁴ Pacientes com PAg exibem defeitos funcionais nos leucócitos polimorfonucleares (PMNs), nos monócitos ou ambos. Esses efeitos podem diminuir a atração quimiotática de outros PMNs ate o lugar da infecção ou a sua capacidade fagocitária para destruir microrganismos. Estudos atuais têm demonstrado também uma hiper-responsividade dos monócitos em pacientes com periodontite agressiva localizada envolvendo sua produção de prostaglandina E2 (PGE2) em resposta aos lipossacarídeos (LPS).⁷ Esse fenótipo hiper-responsivo poderia levar o aumento de tecido conjuntivo e perda óssea causando pela produção excessiva desses fatores catabólicos. Além disso, formas herdadas do monócito *FcyRII* pouco funcionais, o receptor de anticorpos humanos de imunoglobulina G2 (IgG2), foram identificadas como proporcionalmente presente em pacientes com PA, esses defeitos em PMNs e monócitos podem ser induzidos por infecção bacteriana ou ter origem genética. Outros estudos são necessários para caracterizar a origem dessas alterações celulares.^{1, 27}

A resposta do tratamento periodontal na PA é menos entendida devido à baixa prevalência dessa doença e pelo difícil recrutamento de pacientes para os ensaios

clínicos controlados das diferentes modalidades de tratamento.^{15,19} Para o tratamento da PA existem várias formas de procedimentos, como: tratamento não-cirúrgico, tratamento cirúrgico, associado ou não ao uso de antimicrobianos.¹⁵

Inicialmente, é imperativo realizar o controle da infecção periodontal, para isso, deve-se realizar a raspagem e o alisamento de todos os dentes. A literatura prova que apenas a instrumentação periodontal é ineficaz para a completa eliminação da Aa, mas os mais eficazes continuam sendo a orientação de higiene, a instrumentação mecânica (RAP) associada à medicação sistêmica e à terapia cirúrgica.^{6,14}

A amoxicilina, antibiótico de amplo espectro, atua na parede celular bacteriana e atinge principalmente as bactérias Gram-positivas. Pode ser associada ao ácido clavulânico para ser efetiva nas bactérias beta-lactâmicas ou ao metronidazol para aumentar o espectro da ação da droga. É um antimicrobiano mais utilizado na odontologia e está presente em níveis satisfatórios nos fluido gengival.^{2, 20, 21, 22, 23}

Os benefícios clínicos obtidos com a utilização da tetraciclina foram observados em alguns estudos uma combinação da propriedade antimicrobiana com propriedades especiais da droga. Isto de fato ocorreu devido a alta concentração no fluido gengival, boa substantividade, capacidade inibitória de colagenases intersticiais e outras enzimas. A tetraciclina apresenta efetividade contra o Aa, sendo assim relevante no tratamento da PA.²⁴

O metronidazol atua na degradação e inibe a síntese do DNA bacteriano. Afeta especificamente a flora bucal anaeróbia estrita, incluindo a Pg. Utilizando principalmente para o tratamento da PA. A combinação de metronidazol e amoxicilina vem se mostrando capaz de inibir o Aa.^{2, 20, 21, 22, 23}

A azitromicina também faz parte de uma nova geração de antibióticos macrolídeos, chamada azalídeos, que inibem a síntese protéica do RNA ribossomial das bactérias, sendo bactericidas. Apresenta posologia simples, de 500 mg, durante três dias, a cada 24 horas. Em relação a atividade antimicrobiana, foi demonstrada ação contra Aa, Pg e espiroquetas. Além disso, a azitromicina é capaz de alcançar concentrações do tecido gengival sadio e doente acima das concentrações inibitórias mínimas de diferentes patógenos periodontais e manter essa concentração alta tempo o suficiente para atingir até aquelas bactérias capazes de invadir tecidos.¹⁶

A clindamicina é atualmente a droga de escolha para o tratamento da periodontite em pacientes com alergia a penicilina. Em alguns estudos o uso da clindamicina teve resultado positivo no tratamento da periodontite, principalmente em bolsas com profundidade maior que 6mm, apesar de não suprimir permanentemente a Pg.^{2, 20, 21, 22, 23}

Um recente estudo clínico randomizado e controlado do tratamento que consiste em: a obtenção do controle adequado da placa supragengival; a instrumentação subgengival com a combinação de instrumentos mecânicos e manuais utilizados intensivamente em um período de 2 em 2 dias; um regime de tratamento antibiótico adjunto, consistindo em Metronidazol (500 mg, 3x/dia por 7 dias) combinado com amoxicilina (500 mg, 3x/dia por 7 dias).²

A Full-Mouth disinfection (descontaminação de boca toda ou terapia de desinfecção total) é uma adaptação à técnica de raspagem subgengival tradicional, visando erradicar, ou ao menos suprimir, os periodontopatógenos em um curto período de tempo em todos os nichos bucofaríngeos (membranas mucosas, língua, tonsilas, saliva). O protocolo é de raspagem e alisamento radicular feitos na boca toda, em duas visitas com um intervalo de 24 horas, sendo, a princípio, sendo introduzida com uma irrigação repetida de clorexidina em todos os nichos intra-bucais.^{25,26}

Outra forma de tratamento encontrada na literatura é a Terapia Fotodinâmica (PDT), que envolve associação da luz laser a um corante fotoativo, o fotossensibilizador. O biofilme subgengival é impregnado pelo fotossensibilizador que penetra nas células bacterianas, e quando irradiado pelo laser se torna excitado. A reação gera energia, a qual é transferida às moléculas de oxigênio da célula bacteriana. O oxigênio e radicais livres formados são altamente reativos e capazes de destruir sistemas biológicos, levando a morte celular. Dessa maneira, a PDT pode ser coadjuvante ao tratamento periodontal possibilitando melhor desinfecção da superfície radicular.¹⁷

A terapia periodontal de suporte associada à raspagem supra e subgengival, é executada a cada mês por 6 meses e depois a cada 3 meses. O acompanhamento em longo prazo é obrigatório pela possibilidade de reinfecção ou eliminação incompleta dos organismos. A presença de bolsas periodontais residuais profundas está associada à progressão da doença. Em tais circunstâncias, a cirurgia periodontal é regra executada para eliminar esses defeitos. Esta intervenção é direcionada a qualquer bolsa consistente mais profunda que 5 mm e é em geral efetuada de 2 a 6 meses após a terapia não-cirúrgica³.

As terapêuticas cirúrgicas que podem ser empregadas no tratamento da PA são : O retalho original de Widman, suas principais vantagens são pouco desconforto para o paciente, pois a cicatrização ocorria por primeira intenção, era possível restabelecer o adequado contorno do osso alveolar nas áreas com defeitos ósseos angulares.^{2, 29}

O retalho de Kirkland é um procedimento cirúrgico usado no tratamento das “bolsas periodontais purulentas”, e é basicamente um retalho de acesso para apropriado debridamento radicular.²

O retalho de Widman modificado em 1974, Ramfjord e Nissle descreveram a técnica, que é também conhecida como técnica de raspagem a campo aberto. As

principais vantagens em relação aos procedimentos descritos anteriormente, são: a possibilidade de obter uma íntima adaptação dos tecidos moles às superfícies radiculares, o trauma mínimo ao qual ficam expostos o osso alveolar e o tecido conjuntivo e menor exposição das superfícies radiculares, o que, do ponto de vista estético, representa uma vantagem no tratamento das regiões anteriores.^{2, 30}

A gengivoplastia, que consiste em devolver contornos gengivais fisiológicos, com uma única finalidade de recontornar a gengiva na ausência de bolsas. A doença gengival e periodontal frequentemente causam deformidades na gengiva que propiciam o acúmulo de biofilme e restos de alimento, que prologam e agravam o processo da doença. Tais deformidades incluem: crescimento do tecido gengival, como no caso do GP, porém não é um procedimento usualmente utilizado na PA.^{1, 28}

4. RELATO DE CASO

Paciente K. L. C. gênero feminino, 18 anos, leucoderma, compareceu a Policlínica Odontológica da Universidade do Estado do Amazonas no dia 15 de Abril de 2015. Na anamnese relatou como queixa principal “sinto dor na minha gengiva, ela sangra e está inchada”. Paciente relatou desde a infância apresenta tecido gengival hiperplásico, com a exacerbação do quadro a cerca de um ano, apresentando episódios de sangramento, sintomatologia dolorosa e edema gengival. Relatou que realizou tratamento anteriormente de raspagem supragengival e subgengival em combinação com a medicação metronidazol e amoxicilina. A higienização é dolorosa com sangramento, dor a escovação e ao uso do fio dental.

Ao exame extrabucal não observou nenhuma alteração que ocasionasse algum tipo de enfermidade ou alteração na face.

Ao exame intrabucal observou um quadro de gengiva edemaciada com sangramento, aumento gengival na arcada superior e inferior, deslocamento gengival em todos os elementos dentários, lesões cariosas inativas nos elementos 14, 15, 16, 17, 26, 35, 36, 37 e 47, perda dentária no elemento 46.



Figura 1: Aspectos clínicos iniciais da cavidade oral da paciente (15/04/2015). A: gengiva edemaciada; B: aumento gengival nos dentes inferiores; C: papila retromolar com aspecto granulomatoso.

Na evidenciação de placa, houve apenas algumas pequenas áreas nas oclusais dos dentes posteriores e linguais com placa bacteriana, nada que justificasse a inflamação gengival e a perda óssea.

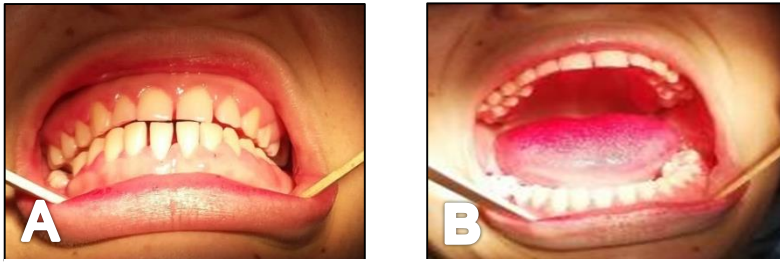


Figura 2: Evidenciação de Placa Bacteriana (15/04/2015). A: dentes na face vestibular; B: Dentes na oclusal e língua.

No exame radiográfico inicial foi observado perda óssea horizontal nas arcadas superior e inferior, perda vertical entre os dentes 31 ao 42. Entre os dentes 11 e 21 houve mínima perda óssea horizontal (aproximadamente 1 mm), apenas na distal do 11 e mesial do 22.



Figura 3: Radiografia Panorâmica Inicial (01/05/2015)

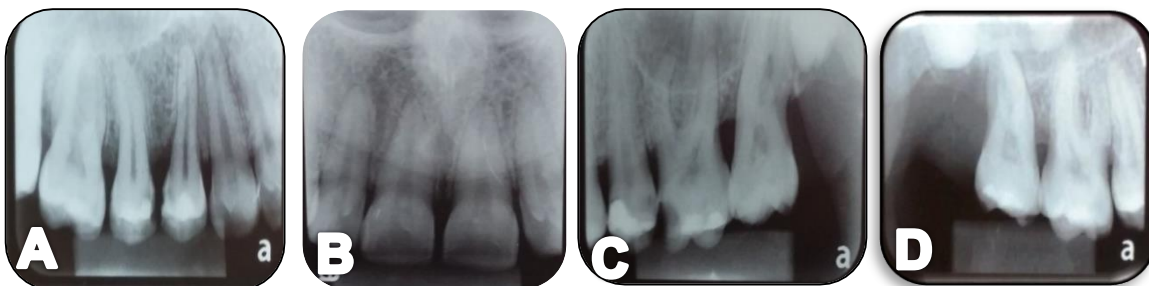


Figura 4: Radiografias Periapicais Iniciais da Arcada Superior (01/05/2015). A: pré-molares e molares; B: incisivos centrais e laterais; C: molares da arcada superior direita; D: molares da arcada superior esquerda.

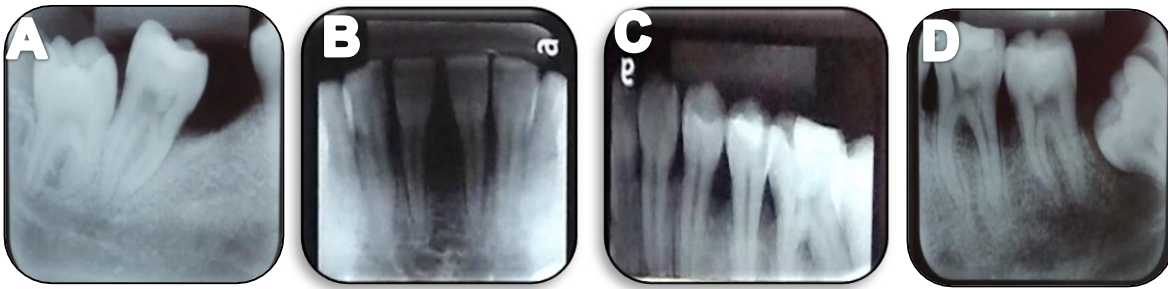


Figura 5: Radiografias Periapicais Iniciais da Arcada Inferior (01/05/2015). A: Molares esquerda; B: incisivos e caninos; C: pré-molares e molares direita; D: molares direita.

O exame clínico periodontal como resultado do índice de placa bacteriana foi de 82%, índice de sangramento a sondagem foi de 46%, profundidade de sondagem estava entre 2 a 10 milímetros, conforme relata o periograma (Anexo 1).

O diagnóstico é de periodontite agressiva generalizada grave, devido ao resultado do periograma.

O tratamento proposto foi de orientação de higiene bucal, raspagem supragengival e subgengival de todos os sextantes com irrigação com Clorexidina a 0,12%, medicação de uso interno, via oral de Amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas por 7 dias e metronidazol 400mg de 8 em 8 horas por 5 dias, uso externo, via bucal de digluconato de clorexidina 0,12% em solução aquosa 500 ml em bochechos de 1 minuto depois da escovação, restaurações provisórias com cimento de ionômero de vidro de todos os dentes com cavidade, e biopsia da região posterior superior da gengiva hiperplásica.

Durante o segundo semestre de 2015 foi realizado o acompanhamento da paciente, com a terapia de suporte, como: raspagem supragengival e subgengival de todos os sextantes, exodontia dos elementos dentários 17 e 27, pois os mesmos estavam com mobilidade grau III e optou-se por fazer o procedimento, devido à perda óssea que poderia ocasionar mais perda. Foi realizado o selamentos das cavidades com ionômero de vidro dos dentes 25, 26 e 36. No segundo retorno, Março de 2016 foi realizado as reavaliações como o exame clínico, e periograma e tratamento da paciente. Durante esse

período a paciente ficou grávida e foram realizados apenas os procedimentos de raspagem supragengival e subgengival, devido ao seu estado gestacional não teve nenhum procedimento cirúrgico, apenas o acompanhamento para observar o estado da gengiva, perda óssea e houve exacerbação do crescimento gengival.

O exame clínico periodontal do índice de placa bacteriana foi de 32%, índice de sangramento a sondagem foi de 34%, profundidade de sondagem foi em entre 2 a 7 milímetros (Anexo 2).

No exame radiográfico das arcadas superior e inferior, houve uma melhora significativa, pois não apresentou avanço na perda óssea.



Figura 6: Radiografias Periapicais da Arcada Superior. (04/04/2016)



Figura 7: Radiografias Periapicais da Arcada Inferior. (04/04/2016)



Figura 8: Aspecto Gengival da Exacerbação do Crescimento Gengival Durante a Gravidez. (04/04/2016)

Após a gravidez, a paciente retornou em Março de 2017 para a reavaliação periodontal. Onde, o exame periodontal do índice de placa bacteriana foi de 23%, índice de sangramento a sondagem foi de 52% e a profundidade de sondagem foi entre 2 a 8 mm. (Anexo 3).

Tabela 1: Resumo dos Periogramas

RESUMO DO PERIOGRAMA							
Mês/Ano	Dente	OS	ISS	IP	RC	NIC	Diagnóstico
15/04/15	16	5 3 4 5 3 5	4 sítios	6 sítios	0	0	
04/04/16	16	5 4 5 3 5 3	4 sítios	4 sítios			
13/03/17	16	5 3 4 6 4 4	4 sítios	4 sítios			
15/04/15	15	5 3 5 5 2 4	2 sítios	3 sítios			
04/04/16	15	5 2 4 3 3 3	1 sítios	0 sítios			
13/03/17	15	4 2 3 3 3 3	0 sítios	0 sítios			
15/04/15	14	4 2 3 3 2 3	0 sítios	6 sítios			
04/04/16	14	5 2 4 3 3 3	1 sítios	3 sítios			
13/03/17	14	4 3 3 3 2 3	0 sítios	0 sítios			
15/04/15	13	4 2 3 3 3 3	1 sítios	3 sítios			
04/04/16	13	5 2 5 3 3 3	3 sítios	1 sítios			
13/03/17	13	4 2 3 3 2 3	3 sítios	0 sítios			
15/04/15	12	4 2 3	0 sítios	3 sítios			

		3 2 3		
04/04/16	12	5 2 5	3 sítios	1 sítios
		3 3 3		
13/03/17	12	4 3 5	6 sítios	0 sítios
		2 3 4		
15/04/15	11	3 2 5	0 sítios	3 sítios
		3 2 3		
04/04/16	11	3 3 5	0 sítios	0 sítios
		3 3 3		
13/03/17	11	4 2 3	3 sítios	0 sítios
		6 3 3		
15/04/15	21	4 3 5	3 sítios	0 sítios
		3 3 4		
04/04/16	21	3 2 4	4 sítios	0 sítios
		5 3 3		
13/03/17	21	3 3 5	3 sítios	0 sítios
		4 3 3		
15/04/15	22	6 5 6	2 sítios	3 sítios
		5 4 5		
04/04/16	22	5 5 5	1 sítios	0 sítios
		5 3 4		
13/03/17	22	5 3 5	3 sítios	0 sítios
		5 3 3		
15/04/15	23	5 3 5	0 sítios	3 sítios
		5 4 5		
04/04/16	23	6 3 4	5 sítios	3 sítios
		5 4 4		
13/03/17	23	5 3 4	4 sítios	0 sítios

		4 3 4		
15/04/15	24	4 3 4	1 sítios	3 sítios
		4 3 5		
04/04/16	24	5 3 7	5 sítios	3 sítios
		3 3 4		
13/03/17	24	5 3 4	2 sítios	2 sítios
		4 3 3		
15/04/15	25	4 3 5	2 sítios	4 sítios
		5 6 5		
04/04/16	25	5 3 5	5 sítios	0 sítios
		5 3 5		
13/03/17	25	5 3 5	3 sítios	6 sítios
		3 3 4		
15/04/15	26	5 4 5	1 sítios	2 sítios
		3 3 3		
04/04/16	26	3 6 4	0 sítios	3 sítios
		5 5 5		
13/03/17	26	5 6 3	1 sítios	3 sítios
		3 5 4		
15/04/15	37	7 5 5	4 sítios	4 sítios
		5 3 5		
04/04/16	37	7 3 5	0 sítios	6 sítios
		3 5 5		
13/03/17	37	7 6 8	0 sítios	3 sítios
		6 5 6		
15/04/15	36	4 3 5	1 sítios	6 sítios
		7 3 8		
04/04/16	36	6 5 7	0 sítios	0 sítios

		3 4 5		
13/03/17	36	4 5 5	0 sítios	3 sítios
		5 5 5		
15/04/15	35	5 4 5	1 sítios	2 sítios
		5 3 5		
04/04/16	35	7 3 5	0 sítios	0 Sítios
		5 4 5		
13/03/17	35	5 5 4	1 sítios	0 sítios
		5 4 5		
15/04/15	34	3 3 4	1 sítios	2 sítios
		3 5 3		
04/04/16	34	7 3 5	0 sítios	0 sítios
		3 3 4		
13/03/17	34	3 3 5	2 sítios	0 sítios
		3 3 4		
15/04/15	33	3 2 3	4 sítios	4 sítios
		3 3 5		
04/04/16	33	3 2 3	0 sítios	0 sítios
		7 4 6		
13/03/17	33	3 2 3	1 sítios	0 sítios
		3 3 5		
15/04/15	32	3 2 2	3 sítios	4 sítios
		6 5 4		
04/04/16	32	3 3 3	1 sítios	0 sítios
		5 7 7		
13/03/17	32	2 2 2	3 sítios	0 sítios
		5 3 4		
15/04/15	31	2 2 5	4 sítios	3 sítios

		3 5 6		
04/04/16	31	5 3 3	3 sítios	0 sítios
		7 7 7		
13/03/17	31	5 3 4	3 sítios	0 sítios
		7 7 7		
15/04/15	41	3 3 5	4 sítios	2 sítios
		8 5 8		
04/04/16	41	3 3 7	0 sítios	3 sítios
		5 4 7		
13/03/17	41	3 5 7	5 sítios	0 sítios
		8 5 8		
15/04/15	42	3 1 3	1 sítios	1 sítios
		4 2 4		
04/04/16	42	3 2 6	1 sítios	3 sítios
		4 3 4		
13/03/17	42	3 2 2	4 sítios	0 sítios
		5 3 3		
15/04/15	43	4 2 3	1 sítios	6 sítios
		4 2 2		
04/04/16	43	3 2 4	1 sítios	0 sítios
		4 3 3		
13/03/17	43	3 2 3	2 sítios	0 sítios
		3 1 3		
15/04/15	44	3 2 3	0 sítios	0 sítios
		3 3 3		
04/04/16	44	3 2 3	3 sítios	3 sítios
		5 3 4		
13/03/17	44	3 2 3	0 sítios	0 sítios

		3 2 3		
15/04/15	45	3 3 3	3 sítios	1 sítios
		5 3 3		
04/04/16	45	3 2 3	0 sítios	0 sítios
		5 3 3		
13/03/17	45	2 2 2	0 sítios	0 sítios
		5 1 3		
15/04/15	47	5 7 7	1 sítios	6 sítios
		4 3 5		
04/04/16	47	5 7 5	0 sítios	6 sítios
		3 3 5		
13/03/17	47	6 5 5	2 sítios	6 sítios
		5 5 5		



Figura 9: Aspecto Clínico da Gengiva. (08/05/2017)

Como forma de tratamento optou-se por tratamento cirúrgico na área dos dentes 13 ao 23, devido a queixa atual da paciente, pois apresentava excesso gengival na região anterior. Como a paciente possui áreas extensas de crescimento gengival, devido a presença de granuloma piogênico, com algumas “pseudobolsas” e pequenos defeitos ósseos horizontais (11-d e 12-m; 21 -d e 22-m) a técnica cirúrgica escolhida foi a de

Widman modificado e incisão intrasulcular. Esta técnica de retalho periodontal constitui uma simples variação no procedimento.

1. Após anestésias a área, o exame do osso alveolar subjacente é realizado com uma sonda periodontal a fim de determinar a presença e extensão dos defeitos ósseos.

2. Com uma lâmina Bard-Parker nº 15 C é feita a incisão inicial festonada em bisel interno a, pelo menos 3 mm coronários à junção mucogengival, incluindo a criação de uma nova papila interdentária.

3. A mesma lâmina é usada para afilar os tecidos gengivais da direção bucolingual para a junção mucogengival. Nesse ponto, a lâmina estabelece contato com o osso alveolar e um retalho total é levantado.

4. Utilizando uma lâmina de Orban, a base de cada papila conectando as incisões vestibular e lingual é incisada.

5. Os tecidos marginais e interdentais incisados são removidos com curetas de Doldman-Fox.

6. O retalho é reposicionado e, se necessário, aparado para alcançar a junção osso – dente. O retalho é, então, suturado com uma técnica de sutura interrompida ou colchoeiro contínuo. A área cirúrgica é coberta com um cimento cirúrgico.



Figura 10: Sequência Cirúrgica de Widman modificado. (08/05/2017)

A técnica anestésica preconizada foi infiltrativa em fundo de vestibulo na região entre o 13 e 23, para anestésiar o Nervo Alveolar Superior Anterior. Também foi anestésiado o Nervo Nasopalatino (região palatina entre o 21 e 11) e as papilas com anestesia intraligamentosa, tanto na porção vestibular como na lingual. Utilizou-se o anestésico local: Mepivacaína a 2%.

Primeiramente foi medida a profundidade de sondagem na região de 13 a 23 de aproximadamente 4 a 6 milímetros com a gengiva de aspecto granulomatoso. Onde a incisão inicial foi uma incisão de bisel interno à crista alveolar de aproximadamente 3mm além da margem gengival, o desenho de incisão segue a margem gengival, a gengiva é rebatida com um descolador de periósteo, uma incisão sulcular foi feita no fundo da bolsa, circunscrevendo a porção triangular do tecido contendo o revestimento da bolsa, após o retalho ser descolado, uma terceira incisão é feita nos espaços interdentais coronários ao

osso, com o bisturi nº 15 C, e o colar gengival é removido. Realizou-se raspagem suave para remoção do biofilme, pois não havia cálculo dentário presente. Com o bisturi de Kirkland foi realizada uma raspagem do tecido gengival para a devolução da anatomia gengival, os restos de tecido de granulação são removidos com a cureta. A arquitetura óssea não foi corrigida, pois a cirurgia foi apenas para retirar o excesso de tecido mole granulomatoso. A sutura foi da técnica interrompida, depois colocado o cimento cirúrgico sem eugenol (Pericem). A medicação pós-operatória foi dipirona sódica de 500mg durante 3 dias de 4 em 4 horas, ibuprofeno de 600mg durante 3 dias de 12 em 12 horas durante 3 dias e higienização com clorexidina a 0,12% sobre o cimento cirúrgico, três vezes por dia.

As suturas foram removidas após uma semana da cirurgia, assim como o cimento cirúrgico. A paciente foi instruída a continuar utilizando o enxaguatório de clorexidina duas vezes por dia, durante 15 dias.



Figura 11: Cicatrização 1 Semana Após a Cirurgia de Widman Modificado. (15/05/2017)



Figura 12: Aspecto clínico da área de cicatrização da gengiva após 2 semanas. (22/05/2017)



Figura 13: Aspecto gengival e do palato após 3 semanas da cirurgia. (29/05/2017)

5. DISCUSSÃO

O presente trabalho apresenta um caso clínico de periodontite agressiva associada ao granuloma piogênico, onde a opção de tratamento foi pouco convencional, pois a terapêutica cirúrgica de gengivoplastia em PA não é utilizada. Porém, na região do 13 ao 23, radiograficamente observou-se que houve pouquíssima perda óssea horizontal.

Para Tkahashi *et al*, 2001 é aceito que periodontite é uma doença inflamatória crônica de natureza multifatoriais e esta patogênese está relacionada a fatores de risco.

Assim, de acordo com Papapanou em 1996 a periodontite agressiva recebe as seguintes classificações: localizada, tendo início na puberdade, onde se observa a presença de uma resposta intensa dos anticorpos aos agentes infecciosos, além de perdas ósseas proximais localizadas em primeiros molares e incisivos e envolvendo não mais que dois dentes além destes.

Ainda de acordo com Papapanou em 1996, a segunda classificação é a de generalizada, acometendo geralmente pessoas abaixo dos 30 anos, mas, pode se apresentar em pacientes mais velhos, nota-se nesta condição uma pobre resposta dos anticorpos aos agentes infecciosos, uma natureza episódica pronunciada da perda de inserção e osso alveolar, há também perda de inserção interproximal de maneira generalizada, afetando ao menos três dentes permanentes além dos primeiros molares e incisivos.

De acordo com Yaicin *et al*, 2002, a periodontite agressiva generalizada (PAG) é descrita primeiramente com uma entidade clínica distinta que afeta dentições decíduas e permanentes. A frequência de periodontite generalizada na pré-puberdade parece ser, em geral, muito rara.

De acordo com Papapanou em 2005, quanto à epidemiologia há a existência de poucos dados sobre a prevalência bem como, quanto à distribuição da periodontite agressiva na população de forma geral. Todavia, entre os indivíduos considerados caucasianos, a condição clínica parece acometer pessoas do gênero feminino tendo uma maior frequência do que em indivíduos do gênero masculino e, de forma geral a prevalência é mínima.

Segundo Jenkins em 2001, o tratamento da doença periodontal de classificação agressiva apresenta um desafio, quando relacionado especialmente a dois aspectos importantes referentes às metodologias de tratamento primeiramente o do tipo

convencional que não exerce influência, onde há a presença de microrganismos altamente virulentos e a dependência da susceptibilidade do hospedeiro.

Segundo YANO-HIGUCHI *et al.* em 2000, o *Porphyromonas gingivalis* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* apresentam um importante papel na doença periodontal grave.

De acordo com Markou *et al* em 2009, a presença de hormônios sexuais por si só não demonstram-se suficientes para induzirem mudanças nos tecidos periodontais, todavia, estes podem promover mudanças nos tecidos periodontais quando há a coexistência de placa bacteriana e, de forma indireta podem induzir as mudanças nos tecidos periodontais.

De acordo com Fernandes *et al* e 2013 o aumento nos tecidos gengivais pode ser de caráter autolimitante ou transitório a depender do estado de saúde do indivíduo em questão se este é saudável ou não, se tem susceptibilidade a placa bacteriana ou não. As mulheres susceptíveis ou a destruição periodontal ou condição inflamatória gengival preexistente deve ser submetida a um tratamento preventivo que, tem por objetivo resguardar os tecidos gengivais de suporte do periodonto a fim de impedir o acometimento de doenças periodontais.

Ainda de acordo com Fernandes *et al* 2013, granuloma piogênico é definido como sendo uma condição clínica que também pode ser denominada como granuloma gravídico pois ocorre no período gestacional. O aspecto clínico do granuloma piogênico apresenta-se como uma lesão plana ou lobulada, geralmente de forma pediculada e superfície alterada, que possui coloração que varia de rosa, a vermelho ou roxo, de forma rotineira é indolor e assume tamanho variado e que sangra com facilidade.

Na presente revisão de literatura realizada, Jadwat *et al* relatam um caso de PA associada a um crescimento gengival atípico, porém não foi diagnosticado como granuloma piogênico e sim uma hiperplasia gengival.

Para continuidade do tratamento da PAg será preconizado o tratamento de retalho total em envelope em campo aberto e/ou retalho de Widman modificado. Ambas as técnicas poderão ter osteotomia e envolverão os 1º, 3º, 4º, 5º e 6º sextantes, devido à perda óssea, para realizar a descontaminação das regiões afetadas.

6. CONCLUSÕES

Podemos concluir que:

- O diagnóstico do presente estudo é: Periodontite Agressiva Generalizada.
- A técnica de Widman modificado mostrou ser a terapêutica correta para o caso apresentado, pois houve redução do tecido gengival excessivo.
- A paciente apresenta um padrão cicatricial hiperplásico do tecido periodontal de proteção.
- A paciente necessita de continuidade no tratamento periodontal em outros sextantes com acompanhamento médico multidisciplinar.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carranza FA, Newman MG, Takei HH, Klokkevold PR. *Periodontia Clínica*. 10^a. ed. Fonseca, DR, tradutora. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011. 1328p.
2. Lindhe, J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. 5^a. ed. Moreira, E JL, tradutor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 1311p.
3. Neville, BW. *et al. Patologia Oral e Maxilofacial*. 3. ed. Barroso, DRC, tradutora. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009. 972p.
4. Marcucci, G. *Fundamentos de Odontologia: Estomatologia*. 8^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 255p.
5. Reyes A, Pedron IG, Utumi ER, Aburad A, Soares MS. Granuloma Piogênico: enfoque na doença periodontal como fator etiológico. *Curitiba: Rev. Clín. Pesq. Odontol.*, 2008 jan./abr; 4(1): 29-33.
6. Hepp V, Tramontina VA, Bezeruska C, Vianna GP, Kim SH. Periodontite agressiva: relato de caso e revisão de literatura. *Curitiba: Rev. Clín. Pesq. Odontol.*, 2007 jan./abr: 23-31
7. Muñoz MA, Baggio R, Steffeens JP, Santos FA, Palatti GL. Aspectos Genéticos e Imunológicos da Periodontite Agressiva. Ponta Grossa-PR: *Revista Sul-Brasileira de Odontologia (RSBO)*. 2010 mar: 90-94.
8. Madueño NG, Romero FG, Palacios JB. Eficácia de la Terapia Periodontal no Quirúrgica em uma Periodontitis Agresiva. Lima-Peru: *Revista Duazary*. 2016 jan/jun; 11(1): 52-56.
9. Barbosa RA, Souza SB, Ribeiro EDP. Periodontite Agressiva: Revisão de Literatura. Salvador: *Revista Bahiana de Odontologia*. 2012 dez: 45-56.
10. Pedron IG, Gomes T, Loureiro CCS, Aburad A, Adde CA. A Doença Periodontal como Fator Etiopatogênico à Hiperplasia Gengival Inflamatória. São Bernardo do Campo-SP: *Revista Odonto*. 2009 jul/dez: 17(34): 34.
11. Moreno T, Haas AN, Castro GD, Winter R, Oppermann RV, Rosing CK. Tratamento da Periodontite Agressiva e Alterações nos Compostos Sulfurados Voláteis. Rio Grande do Sul: *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*. 2005 jul/set: 20(49).
12. Cortelli JR, Cortelli SC, Pallos D, Jorge AOC. Prevalência de Periodontite Agressiva em Adolescente e Adultos jovens do Vale da Paraíba. Taubaté – SP: *Pesqui Odontol Bras*. 2002: 163-168.
13. Brust AWA, Domingues JEG. Tratamento e Proservação de nove meses em um Paciente com Granuloma Piogênico: Relato de caso. Manaus – AM: *Revista de Odontologia da UNESP*. 2009: 192-197.
14. Worch KP, Listgarten MA, Korostoff JM. A multidisciplinary approach to the diagnosis and treatment of early-onset periodontitis: a case report. *J Periodontol*. 2001; 72:96-106.
15. Barbosa, VL. *Tratamento da Periodontite Agressiva (Monografia)*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011; 29

16. Sauer, PM. Machado, WAS. Alves, J. Kahn, S. Eficácia da Azitromicina no Tratamento da Periodontite Agressiva. Rio de Janeiro – RJ: Revista Brasileira de Odontologia. 2010 jan/jun: 67(1): 3-19.
17. Carvalho, VF. Lubisco, MA. Alves, VTE. Gonçalves, CCJS. Conde, MC. Pannuti, CM. Georgetti, MAP. Micheli, G. Terapia Fotodinâmica em Periodontia Clínica. São Paulo – SP: Revista Periodontia. 2010 set; 20(3):7-12.
18. Amadei, SU. Pereira, AC. Silveira, VAS. Carmo, ED. Scherma, AP. Rosa, LEB. Prevalência de Processos Proliferativos não Neoplásicos na Cavidade Bucal: estudo retrospectivo de quarenta anos. Taubaté – SP: Clínica e Pesquisa em Odontologia. 2009; 1(1): 38-42.
19. Deas, DE. Mealey, BL. Response of chronic and aggressive periodontitis to treatment. *Periodontology* 2000. 2010; 53: 154-166,
20. Bidault, P. Chandad, F. Grenier, D. Systemic antibiotic therapy in the treatment of periodontitis. *J Can Dent Assoc.* 2007; 73(6): 515–519.
21. Cardoso, G. Periodontia, cirurgia para implantes, cirurgia, anestesiologia. 1ª ed. São Paulo – SP: Artes Médicas; 2002.
22. Gaetti-Jardim, EC. Marqueti, AC. Faverani, LP. Gaetti-Jardim Júnior, E. Antimicrobial resistance of aerobes facultative anaerobes isolated from the oral cavity. *J Appl Oral Sci.* 2010; 18(6): 551–559.
23. Andrade, IP. Uso de Antibióticos Sistêmicos na Terapia Periodontal: revisão de literatura (Monografia). Piracicaba - SP: Universidade Estadual de Campinas; 2013. 32 p.
24. Assaf, AV. Júnior, B. Brazil, CA. Tetraciclina em periodontia. *Revista Brasileira de Odontologia.* 1998; 55(4): 246–250.
25. Costa, NRA. Terra E Souza, LH. Vieira, PAA. Ribeiro Júnior, NV. Silva, CO. A terapia de desinfecção total da boca no tratamento periodontal. Maringá – PR: Revista Dental Press Periodontia Implantol. 2009; 3(2): 00–00.
26. Quirynen, M. Bollen, CM. Vandekerckhove, BN. Dekeyser, C. Papaioannou, W. Eysen, H. Full- vs. Partial mouth disinfection in the treatment of periodontal infections: short-term clinical and microbiological observations. *Chicago: J. Dent. Res.* 1995; 74(8): 1459–1467.
27. Silva, EB. Terezan, MLF. Homeopatia e isopatia na terapia periodontal de manutenção em pacientes com periodontite agressiva. Fortaleza – CE: Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2007; 20(4): 243–251.
28. Silva, DB. Zaffalon, GT. Corazza, PFL. Bacci, JE. Oliveira, CS. Magalhães, JCA. Cirurgia plástica periodontal para otimização da harmonia dentogengival o relato de caso. São Paulo – SP: Brazilian Journal of Health. 2010 jan/abr ; 1(1): 31–36.
29. Widman, L. The operative treatment of pyorrhea alveolares. A new surgical method. *Svensk Tandlakar Tidske Suppl.* 1918; 338: 853–860,.
30. Ramfjord, SP. Nissle, RR. The Modifield Widman Flap. *Journal of Periodontology.* 1974 ago; 45(8.2): 601–607.

31. Jadwat Y1, Anagnostopoulos C, Wood NH, Lemmer J, Meyerov RH, Feller L. Localized aggressive periodontitis associated with unusual gingival enlargement posing a diagnostic dilemma: a case report. *SADJ*. 2008 May;63(4):230-2.

Anexo 2: Periograma Completo. (04/04/2016)

PERIOGRAMA

DATA DO EXAME - 04/04/2016 / DISCIPLINA RESPONSÁVEL: Estágio I - Periodontia

	46	47	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	48	49
IP																
ISS																
PS																
RC																
NIC																
M																
LF																

V-vestibular; L-lingual

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IP																
ISS																
RC																
PS																
NIC																
M																
LF																

IP - índice de placa, ISS - índice de sangramento à sondagem; PI - preparo inicial, PS - profundidade de sondagem.
RC - recessão, NIC - nível de inserção clínica, M - mobilidade, LF - lesão de furca.

OBSERVAÇÕES 48 - semi-encluso

IP = 32%
ISS = 34%

Diagnóstico: Periodontite Agressiva Generalizada Grave

Obs: Marcar em caneta Vermelha quando a profundidade de sondagem estiver acima de 3 mm com sangramento

Anexo 3: Periograma Completo (13/03/2017)

PERIOGRAMA

DATA DO EXAME - 13/03/2017 / DISCIPLINA RESPONSÁVEL: Babyo II

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-------------------------------------	-------------------------------------

IP	V	L														
ISS	V	L														
PS	V	L	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
RC	V	L														
NIC	V	L														
M																
LF	V	L														

V - vestibular; L - lingual

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	<input checked="" type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-------------------------------------

IP	V	L														
ISS	V	L														
PS	V	L	5	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
RC	V	L														
NIC	V	L														
M																
LF	V	L														

IP - índice de placa; ISS - índice de sangramento à sondagem; PI - preparo inicial; PS - profundidade de sondagem; RC - recorreto; NIC - nível de inserção elíptica; M - mobilidade; L.P - lesão de furca.

OBSERVAÇÕES:

IP = 23%

ISS = 52%

Diagnóstico: Periodontite Agrossiva Generalizada Grave

48 - semi-incluso

Obs: Marcar em caneta Vermelha quando a profundidade de sondagem estiver acima de 3 mm com sangramento

Anexo 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

AUTORIZAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO E/OU EXECUÇÃO DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NA UEA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
Paciente:	<u>KARINA DE LIMA CARNEIRO</u>
<p>Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento a esta Universidade para que por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, realizar o diagnóstico, planejamento e tratamento na minha pessoa, ou da minha responsabilidade, de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo das especialidades.</p> <p>Tenho pleno conhecimento que esta Clínica e/ou Laboratório, aos quais me submeto para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração para estudante e profissionais de Odontologia. Concordo pois, com toda orientação seguida quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento.</p> <p>Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos, desenhos, histórico de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento de diagnóstico e/ou tratamento, possam ser utilizadas para fins acadêmicos e/ou científicos, podendo ficar de posse da INSTITUIÇÃO.</p> <p>Estou ciente e autorizo a utilização de fotografias, filmagens, modelos de gesso, exames laboratoriais, radiografias e toda e qualquer forma de material relacionado a minha pessoa e meu tratamento para fins didáticos: aulas, congressos, apresentações e publicações científicas de toda e qualquer natureza.</p> <p>Comprometo-me a seguir todas as orientações necessárias ao pós-operatório, inclusive com relação aos medicamentos prescritos, a retornar periodicamente para manutenção e controle do tratamento conforme determinação da equipe, podendo ainda ser designado outro profissional apto para realizar acompanhamentos.</p> <p>Todas estas normas estão de acordo com o código de ética profissional odontológico, segundo a resolução do C.F.O 042/03, resolução CNS/MS 196/96 e com a declaração de Helsinque II.</p>	
Manaus, <u>35</u> de <u>Abril</u> de <u>2015</u> .	
<u>Karina de Lima Carneiro</u> Assinatura do Paciente	
_____ Assinatura do Pai, tutor ou Responsável pelo Paciente	