



1290004532

TCE/UNICAMP
Az96e
FOP

ROSELY AZZINI
Cirurgiã Dentista

EXAME CLÍNICO

O nome do orientador não está
especificado na obra

PIRACICABA
Estado de São Paulo - Brasil
Dezembro - 1983

280

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

ÍNDICE

	Pág.
I - Introdução	1
II - Apreciação geral do paciente	2
III - Anamnese	7
. História sistêmica	7
. História dentária	9
IV - Exame	12
1. Geral	12
. Inspeção	12
. Palpação	12
. Percussão	12
. Auscultação	13
. Olfacção	13
2. Exame extra-oral	14
2.1. Cabeça	14
2.2. Face	14
2.3. Pescoço	15
2.4. ATM	16
3. Exame intra-oral	17
3.1. Exame da mucosa bucal	17
3.2. Exame dos dentes	26
3.3. Exame do periodonto	42
3.4. Exame da oclusão	58
V - Modelos	65
. Fotografias clínicas	
VI - Exame Radiográfico	67
VII - Exames Complementares	68
1. Ajudas de laboratório no diagnóstico	68
1.1. Biopsia	68
. No diagnóstico de neoplasias	71
. No diagnóstico de enfermidades gengivais e muco- sa	72

1.2. Citologia esfoliativa	73
2. Ajudas de laboratório usadas no diagnóstico da enfermida- des sistêmicas	74
. Hemograma	75
2.1. Fator sanguíneo	75
2.2. Contagem de entrócitos	75
2.3. Conteúdo de hemoglobina	76
2.4. Contagem leucocitária	76
2.5. Eritrosedimentação	78
3. Provas de laboratório empregadas para explorar a etiolo- gia dos sangramentos espontâneos excessivos	79
4. Exploração de fatores etiológicos sistemáticos em pacien- tes com perda óssea excessiva	81
VIII - Registro de dados	82
1. Ficha Periodontal - modelo	82-A
2. Utilidade da ficha	82-B
3. Sonda Periodontal	82-C
IX - Conclusão	83
X - Bibliografia	84

I - INTRODUÇÃO

O exame do paciente e o registro lógico e ordenado de dados são procedimentos críticos em Periodontia.

Um exame planejado, bem coordenado e resumido, resultará em um plano de tratamento lógico.

A terapia racional só pode ser o produto de uma informação completa e da organização adequada. Atenção cuidadosa para os detalhes deverá ser prestada durante o período do exame.

Na verdade, o exame e a observação nunca terminam. Uma vez formada uma opinião, esta pode ser mudada posteriormente, tendo como base a observação minuciosa.

Não podemos registrar aquilo que não vemos, assim como sermos apressados ou superficiais. O planejamento do tratamento incompleto e defeituoso resulta dos métodos de exame e observação incompletos, descuidados e inúteis.

O paciente procura, e certamente merece, uma atenção cuidadosa para sua doença.

MARCOS (13) salienta que deve haver uma relação bilateral paciente-profissional, que visa a atender o paciente como um todo (não o dente ou a mucosa isolados), com o objetivo de eliminar as doenças e afastar os problemas de saúde, através da aplicação de métodos de prevenção e tratamento e da conscientização dos pacientes, pela educação para a saúde.

II - APRECIÇÃO GERAL DO PACIENTE

O exame do paciente se inicia justamente no instante que o mesmo entra no consultório dentário pela inspeção geral, de modo rápido e discreto (BASTOS (1)).

Devemos analisar inicialmente a atitude do paciente, sua compleição física, estatura, peso, seu modo de caminhar, de olhar, de falar, expressão fisionômica, idade fisiológica e estado psíquico (BASTOS (1), GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Naturalmente, tais observações devem ser registradas na ficha dentária, em lugar próprio, com a mesma fidelidade e precisão de uma fotografia, retratando não só a cavidade oral mas o paciente em si, com todas as minúcias, desde a primeira impressão que temos dele ao entrar no consultório, assim como durante o tratamento e até o final quando o dispensamos (BASTOS (1)).

CHERASKIN (3) nos ensinou que alguns pacientes adotam acidental ou permanentemente, atitudes, que, às vezes, por serem características, orientam o clínico a respeito de certas moléstias de origem nervosa, psíquica.

Assim toda vez que percebemos desvios do normal, temos o dever de indagar, de modo hábil, discreto e, se convier, despertar a atenção do paciente no sentido de que se deve procurar médico especialista para o caso.

Por prudência, podemos fazê-lo ao acompanhante, se o tiver, ou posteriormente a pessoa de sua família (BASTOS (1)).

Devemos observar as seguintes características:

- Caminhar

BASTOS (1) diz que o modo de caminhar é frequentemente observado nas doenças do sistema nervoso, quais sejam:

- marcha atáxica, em que as pernas são jogadas para a frente e para os lados com certa violência, com movimentos irregulares e desordenados;
- marcha espasmódica, em que os membros inferiores parecem endurecidos, os pés não se deslocam do solo com facilidade e os passos são lentos e curtos;
- marcha coréica, em que o corpo parece oscilar, dando a impressão que o doente vai cair;
- marcha helicóptode, que se observa nos casos de hemiplegias;
- marcha anserina, que se assemelha ao andar de pato gíngando.

GLICKMAN (6) afirma que o modo de caminhar anormal aparece na sífilis terciária, enfermidade de Paget e na esclerose múltipla.

- O olhar

A expressão do olhar é às vezes tão significativa que basta para revelar o estado de ânimo ou o comportamento geral do indivíduo.

Por exemplo o olhar quase selvagem dos maníacos, que contrasta com a expressão fisionômica abatida e apática dos indivíduos acometidos de intensa depressão psíquica.

O olhar vivo e brilhante do hipertireoidismo, que se contrapõe ao ar estúpido e inexpressivo dos cretinos. (BASTOS (1)).

GLICKMAN (6) diz que é preciso notar a inflamação dos olhos ou mudanças pupilares.

- Falar

Nos casos de alterações, basta atentar para as respostas do paciente ao fazer-se a anamnese (BASTOS (1)).

- Expressão fionômica

BASTOS (1) frisa que o aspecto do rosto, externa o estado atual de determinados distúrbios.

As desordens das funções psíquicas, a angustia, a agitação, o medo e a dor alteram o estado do semblante.

- Nariz

Deformações ou obstruções das vias nasais podem originar a "respiração bucal".

As saídas purulentas indicam rinite aguda ou infecção dos seios.

- Ouvidos

O exudato é observado em infecções agudas e crônicas

- Pele

Em diversas dermatoses aparecem erupções.

Na enfermidade de Addison, na alergia aparecem pigmentações.

Na anemia ou na insuficiência aórtica aparece palidez.

A coloração amarela indica icterícia obstrutiva, tóxica ou infecciosa. A cianose pode ter sua origem na enfermidade cardíaca ou pulmonar.

No cretinismo o mixedema tem sequência.

É importante ainda observar os nervos, tumores, quelóides ou neurofibromatose (GLICKMAN (6)).

- Temperatura

Geralmente a temperatura orgânica elevada indica infecção (GLICKMAN (6)).

- Hábito orgânico

Obesidade marcada ou magreza sugerem a possibilidade de alterações hormonais ou nutricionais ou enfermidades debilitantes como neoplasmas ou tuberculose (GLICKMAN (6)).

- Estado psíquico

O "stress" ou a "tensão descontrolada" produz de sordens metabólicas, abalando a estrutura orgânica e causando várias moléstias (BASTOS (1)).

III - ANAMNESE

Anamnese segundo LITTRE (11) significa em patologia: "evocação de fenômenos que precederam um período dado da doença"; ou anamnésia que significa "histórico dos antecedentes de uma doença (doenças anteriores, caracteres hereditários, condições de vida, etc.)".

A finalidade de se fazer o interrogatório é fazer com que o paciente se lembre das ocorrências que precederam a doença.

Segundo BASTOS (1) o interrogatório deve ser conduzido de maneira simples e clara usando a expressão própria dos leigos e de acordo com a cultura do paciente.

O profissional não deve externar qualquer desinteresse ou indício de pressa, deve ouvir atentamente o que o paciente disser, calma e atentamente, fazendo de vez em quando as perguntas.

Já PRICHARD (14) e SCHLUGER (18) dizem que as perguntas devem ser feitas no sentido de recebermos respostas precisas, evitando que o paciente perca-se em dados supérfluos, sem importância clínica.

- História sistêmica

SCHLUGER (18) afirma que cada caso da doença periodontal tem um fator sistêmico na sua etiologia.

Grande parte da história sistemática se obtém

na primeira visita e pode ser aumentada graças às perguntas pertinentes em visitas posteriores (GLICKMAN (6)).

A importância da história sistemática deve ser explicada aos pacientes, porque frequentemente omitem informação que não podem relacionar com seu problema dental.

A história sistêmica ajudará o operador:

1. No diagnóstico de manifestações bucais de enfermidades gerais.
2. Na detecção de estados sistemáticos que podem estar afetando a resposta dos tecidos periodontais a fatores locais.
3. Na detecção de estados sistemáticos que necessitam de precauções especiais e modificações nos procedimentos terapêuticos. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

A história sistemática deve incluir referência ao seguinte:

1 - Se o paciente está sob tratamento médico. Qual a natureza da enfermidade. Qual o tratamento.

Inquirir especial respeito a anticoagulantes e corticosteróides, dose e duração do tratamento.

2 - Antecedentes de febre reumática, enfermidade cardíca, reumática ou congênita, hipertensão, angina pectoris, infarto do miocárdio, nefrite, enfermidade hepática, diabete e desmaios ou lipotimias.

3 - Tendências hemorrágicas anormais como sangramento prolongado de feridas pequenas, equimoses espontâneas, tendência excessiva a hematoma e sangramento menstrual.

4 - Enfermidades infecciosas, contato recente com essas enfermidades em casa ou no trabalho, radiografia recente do tórax.

5 - História de alergia.

Febre alta, asma, sensibilidade a drogas como aspirina, codeína, barbitúricos, sulfonamidas, antibióticos, procaína, laxantes ou materiais dentários como o eugenol ou resinas acrílicas. Reação anterior a anestésico local.

6 - Informação a respeito do começo da puberdade e menopausa, transtornos menstruais, histerectomia e abortos, gravidez.

7 - Se o paciente está ou esteve sob tensão emocional.

Estados de stress e estafa, favorecem a instalação de certas doenças (GUNA, parafunção) e alteram a conduta do profissional na instituição do tratamento. (GLICKMAN (6), MARCOS (13), PRICHARD (14), SCHLUGER (18)).

- História dentária

A doença periodontal é tão insidiosa que pode ter ausência de sintomas precoces nos casos iniciais e moderadamente avançados.

O sangramento gengival e a mobilidade dentária nem sempre estão presentes, embora os dentes estejam seriamente envolvidos.

Pode haver dor de diversos tipos e duração como dor constante, dor após as refeições, dores irradiadas profundas nos maxilares, principalmente nos dias chuvosos, dor pulsátil aguda, sensibilidade a percussão, sensibilidade ao calor e ao frio, sensação de dor na gengiva, extrema sensibilidade ao ar inalado (BASTOS (1), CARRANZA (2), GLICKMAN (6), SCHLUGER (18)).

Não obstante é importante perguntar a cada paciente se ele sofre de qualquer sintoma comum da doença periodontal.

Quando o paciente se queixa de sintomas agudos, o exame bucal é interrompido de modo a tratar primeiro a lesão aguda.

Entretanto, devemos enfatizar que esta terapia de emergência é para aliviar a dor do paciente, mas que isto é uma interrupção no exame (GLICKMAN (6), SCHLUGER (18)).

Um grande número de pacientes não tem queixa principal, tendo procurado o profissional por advertência do seu dentista. Outras vezes o paciente é conscientizado para os problemas através de outros clientes (MARCOS (13), SCHLUGER (18)).

A história dentária também incluirá:

- visitas ao dentista - frequência, ficha da última visita, natureza do tratamento.
tratamento ortodôntico - duração.
- escovação dentária - frequência, tipo de escovação e de escova, uso de fio dental ou palitos.
- Hábitos - apertamento dos dentes - durante o dia ou a noite. Se sente os dentes ou músculos doloridos pela manhã.
Outros hábitos como fumar tabaco ou mastigá-lo, morder as unhas, mordiscar objetos estranhos. (CARRANZA (2), GLICKMAN (6), PRICHARD (14)).

IV - EXAME

1. Geral

Segundo MARCOS (13).

- Inspeção

Consiste no ato da observação crítica visual do paciente, no seu aspecto físico extra-oral e intra-oral, visando sobretudo à expressão fisionômica, a atitude, bem como a coloração, à forma e ao volume teciduais.

- Palpação

É um tipo de exploração que permite reconhecer a consistência, a flacidez, a flutuação, enfim, as características físicas dos tecidos, a resposta dolorosa ao contato, a temperatura local, etc.

A palpação digital sob a forma de pressão é útil em certas ocasiões: sensação de alívio fugaz da dor (peri_ucementite); fluência de exsudato de bolsas periodontais.

- Percussão

Efetuada através dos dedos ou de instrumentos especiais, avalia os reflexos, a sensação dolorosa e o som de regiões ou órgãos do corpo.

A percussão é particularmente útil no diagnóstico de lesões inflamatórias do ligamento periodontal (dor peri_ucementária à percussão).

- Auscultação

É o processo de ouvir os sons ou ruídos do organismo, principalmente do sistema cardiovascular.

Em odontologia a auscultação tem aplicação no exame da ATM (ruídos, estalos).

- Olfacção

Constitui uma análise profissional, subjetiva de exame físico de valor relativo na determinação de certas doenças infecciosas e sua evolução, bem como a suspeição de afecções sistêmicas, como: diabete (hálito cetônico), uremia (hálito urêmico), gastropatias (úlceras) ou ainda infecções locais (GUNA, Estomatites, cáries múltiplas, bolsas periodontais, sinusite, rinite, etc.).

2. Exame extra-oral

2.1. Cabeça

Na cabeça devemos observar postura, posição e morfologia (BASTOS (1), MARCOS (13)).

Devemos observar a conformação, principalmente nos tipos: "raquítico" em que a frente é larga e achatada na parte superior; "microcefálico" em que o crâneo é pequeno e próprio do idiota (BASTOS (1)).

2.2. Face

MARCOS (13) diz que no exame da face devemos verificar: expressão, coloração, simetria, dismorfia (prognatismo, retrognatismo), tonus muscular, elasticidade (tumefações, fístulas, queratoses, etc.).

BASTOS (1) faz uma classificação:

Facies	<	<ul style="list-style-type: none"> - Hipofisário, muito retraído - Basedowiana - olhos muito abertos, salientes e brilhantes - Acromegalia - "carão" devido ao extraordinário desenvolvimento do <u>ros</u> <u>to</u> - Adenoideana - dos indivíduos que respiram pela boca devido às vegetações adenóides que obliteram as fossas nasais - Renal - edema nas pálpebras, rosto pálido e edemaciado
Edemas	<	<ul style="list-style-type: none"> osteo-fleimões enfisema da face ameloblastomas osteofibroma cistos dentígeros gigantes da mandíbula fístulas cutâneas (osteomielite crônica)

2.3. Pescoço

Deve-se verificar simetria, fazer palpação de nódulos linfáticos (adenopatia virótica, leucemia edematosa, da angina diftérica), das parótidas, tiróides e vasos (projeções acentuadas das jugulares em afecções mitrais, pulsações vigorosas das artérias do pescoço - insuficiência aórtica).

Na palpação de nódulos deve-se procurar estabelecer a simetria do enfartamento, consistência, dor e inspeção de outras estruturas linfáticas (baço e nódulos) para a avaliação local, regional ou generalizada da linfadenopatia (BASTOS (1)).

2.4. ATM

Devemos verificar no exame da ATM os movimentos de abertura e fechamento, os trismos, desvios, ruídos e estalidos (MARCOS (13)).

3. Exame intra-oral

3.1. Exame da mucosa bucal

Não fará o examinador mais ciente da doença que uma inteira familiaridade com o normal.

Alterações sutis nas características da superfície da gengiva podem ser notadas somente por alguém com um conceito nítido do normal e ciente de qualquer desvio.

A descrição da mucosa oral sadia normal pode ser usada para determinar um critério base estabelecendo um padrão pelo qual variações patológicas poderão ser medidas. (GLICKMAN (6)).

Os desvios do normal que iremos observar na mucosa bucal:

- a - Modificações na coloração - (áreas eritematosas, lesões brancas).
- b - Formações tumorais - neoplásicas e não neoplásicas.
- c - Lesões brancas - (hiperqueratose, leucoplasia, carcinoma "in situ", estomatite nicotínica, Líquen plano, etc)
- d - Lesões vesiculares e bolhosas - (gengivostomatite herpética, herpes labial, herpes zoster, penfigo vulgar, eritema multiforme, medicamentosa, alérgica).

- e - Lesões ulcerosas - (gengivostomatite herpética, herpes labial, mononucleose infecciosa, pênfigo vulgar, eritema multiforme, líquen plano erosivo, estomatite e gengivite de Vincent, medicamentosa, traumática, lesões específicas como: cancro sifilítico, tuberculose, histoplasmose, carcinoma de células escamosas, leucemia, etc.).
- f - Lesões pigmentares - (doença de Addison, intoxicação metálica por bismuto, prata e outros, melanoma maligno, etc).
- g - Lesões nodulares (cancro duro, goma, tuberculose).

(BASTOS (1), GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Lesões primárias

São considerados os seguintes tipos:

- Máculas ou manchas - alteração da cor sem elevação superficial da mucosa.
- Hipercromia ou hipocromia (aumento ou diminuição da melanina), congestão, hemorragia, etc.
- Pode ser vascular, purpúrea, eritematosa ou pigmentada.
- A petéquia é uma mácula purpúrea devida à efusão sanguínea (púrpura).

- Pápula - elevação superficial da mucosa (base redonda e ponta cônica) não maior que 1 cm.
Apresenta-se na varicela, sarampo, sífilis, acne, líquen plano, etc.

- Nódulo - pápula de tamanho maior de aproximadamente 1 cm de diâmetro.
Apresenta-se como excrescência do lupo (tuberculose), sífilis, etc.

- Vesícula - elevação de pequeno porte do epitélio, contendo líquido, soro, plasma ou sangue.
Seu rompimento espontâneo deixa o conjuntivo exposto.
É provocado por picadas de insetos, drogas, etc.
Aparece no herpes, eczema, varicela, impetigo.

- Bolha - semelhante à vesícula, porém de tamanho maior.
Flictena é outro sinônimo.
Aparece em queimaduras, pênfigo, impetigo.

- Pústula - vesícula que contém exudato purulento.
Apresenta-se na furunculose, varíola, acne vulgar, eczema pustuloso, impetigo contagioso.

- Queratose - aumento de espessura do epitélio, geralmente branca.

Lesões secundárias

- Erosão - perda das camadas superficiais da mucosa.
Passível de cura sem deixar cicatriz.
- Exulceração - destruição parcial do epitélio, sem exposição do conjuntivo.
- Ulceração - perda das camadas epiteliais, sem exposição do conjuntivo.
- Fissura - fenda que atinge o epitélio e o conjuntivo.
- Crosta (escara) - massa formada pelo ressecamento do sangue, soro ou pus.
- Cicatriz - tecido neoformado em áreas onde houve perdas de substância prévia.

(MARCOS (13))

3.1.1. Lábios

São examinados quanto ao seu aspecto morfológico, coloração e umidade da mucosa, presença de fissuras, crostas, vesículas, bolhas, úlceras, cancro, lesões neoplásicas, quiloses, cistos mucosos, traumatismo pela eclusão, etc. (BASTOS (1), GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Segundo BASTOS (1) alterações sistêmicas ou orgânicas, produzem moléstias nas comissuras, sendo uma das causas predisponentes a avitaminose do complexo B.

3.1.2. Mucosa

Devem ser observadas as características de vascularização, cor, textura superficial, o grau de umidade, a presença de " Lesões, formações teciduais anormais, canal de Stensen, presença de cistos de retenção, etc. (MARCOS (13))."

Mucosa alveolar

Segundo MARCOS (13) o exame da bochecha estende-se à mucosa alveolar e à gengiva, observando-se especialmente a profundidade do fórnix, as inserções e bridas, a quantidade de gengiva inserida e as alterações presentes.

3.1.3. Língua

Na língua se examinará para detectar alterações de cor, tamanho, forma, motilidade, umidade, pápulas, simetria e natureza das papilas (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

A língua é sede de inúmeras alterações e expressão de várias doenças sistêmicas (MARANON, 1961 (12), VIEIRA ROMEIRO, 1964 (22), TIECKE, 1965 (21)).

Os transtornos da língua podem ser indolores ou apresentar diversos graus de dor e ardor.

O profissional tratará de encontrar as fontes lo

cais de irritação antes de buscar explicações remotas dos problemas de língua.

Zonas ásperas em dentes, margens ou restaurações, bordos incisais de dentes de alinhamento irregular e cálculos dos dentes inferiores anteriores são fontes comuns de irritação da língua (GLICKMAN (6)).

GLICKMAN (6) e MARCOS (13) enumeram os seguintes aspectos:

1 - mudança na coloração:

escarlatina (língua de framboesa), policitemia (língua roxa), icterícia (amarela), moníliase (branca), língua negra pilosa (preta ou marron) deficiência do complexo B (cianótica).

2 - afecções congênicas:

aglossia, microglossia, macroglossia (mixedema, cretinismo, acromegalia), língua fissural ou escrotal, língua bífida (fenda no sentido antero posterior), anquiloglossia (inserção anormal do freio lingual), glossite rombóidea média (área depressiva ou nodular e ausência de papilas circunvaladas), língua geográfica.

3 - glossite sífilítica (cancro, goma), histoplasmose, blastomicose, escarlatina, moniliase (candidiase).

4 - atrofia papilar (anemia ferropênica, língua pelada de Sandwith) da deficiência do fator PP, glossite de Hunter da anemia perniciososa.

5 - Outras alterações:

língua seca (desidratação, choque, hemorragia grave, deficiência de nicotinamida ou fator PP),

glossodinia ou ardor (anemia, psicose, diabetes, menopausa),

glossopirose ou queimação lingual (avitaminose, sa burra, doenças febris, transtorno gastrointestinal).

3.1.4. Assoalho bucal

Devemos observar as dobras sublinguais que revestem as glândulas salivares regionais, as inserções linguais, a presença de cistos de retenção (rânula). (MARCOS (13)).

Os neoplasmas e aftas são fontes frequentes de dor da rânula (GLICKMAN (6)).

3.1.5. Palato

MARCOS (13) chama a atenção para a observação da morfologia da abóbada palatina, onde BASTOS (1) faz menção da abóbada palatina funda e ogival, nos distúrbios da hipófise.

GLICKMAN (6) diz ser frequente observar leucoplasia, "paladar de fumador" com orifícios destacados das glândulas mucosas, neoplasmas e exostoses em que BASTOS (1) confirma.

BASTOS (1) faz menção a outros aspectos:

- Ulcerações (histoplasmoses)
- Hiperplasias inflamatórias papilares
- Torus palatino
- Perfurações: fenda uni e bilateral

3.1.6. Orofaringe

O exame da mucosa deve incluir a região posterior da boca, especialmente as amígdalas, triângulo retromolar, linhas oblíquas interna e externa, etc. (MARCOS (13)).

É neste sítio onde se forma a pseudomembrana da angina de Vicent e da difteria.

As amígdalas inflamadas são causas de dores irradiadas.

3.1.7. Saliva

Sabe-se que as alterações emocionais modificam o teor da densidade da saliva, podendo ser fluída, normal ou viscosa (BASTOS (1)).

O ptialismo ou secreção salivar excessiva se apresenta em uma série de estados, como o uso de determinadas drogas (mercúrio, pilocarpina, yoduros, bromuros, fósforo), gengivite ulceronecrotizante aguda, diversas formas de estomate, angina de Vincent, irritação tabáquica e estimulação psicológica (GLICKMAN (6)).

Já BASTOS (1) classifica "Boca cheia d'Água" (sicalorrhéia) como:

Relativa - sinal de pré-vômito.

Verdadeira - após ingestão excessiva de líquido, denominado "fluxo aumentado".

A diminuição da secreção salivar chamada Xerostomia ou boca seca apresenta diversas características clínicas como eritema com fissuras em casos extremos e apresenta mal estar causado por uma sensação "queimante".

Aparece nas febres, enfermidades crônicas como nefrite crônica, uremia, diabetes mellitus, mixedema, transtornos neuropsiquiátricos, lesões das glândulas salivares, síndromes de Plummer - Vinson e Sjogren, anemia perniciosa, pacientes "respiradores bucais". (BASTOS (1), GLICKMAN (6)).

3.2. Exame dos dentes

Os dentes se examinam para detectar cáries, restaurações inadequadas, anomalias na forma e posição dos dentes, mobilidade, hipersensibilidade e relações de contato proximal e oclusão (GLICKMAN (6)).

3.2.1. Desgaste

Se define o desgaste como toda perda gradual da substância dentária que se caracteriza pela formação de superfícies polidas lisas, sem tomar em consideração os mecanismos possíveis desta perda (GLICKMAN (6)).

As formas de desgaste são: atrição, abrasão e erosão.

- Atrição

O processo de atrição se caracteriza pelo desgaste fisiológico observado nas faces oclusais, incisais e proximais dos dentes.

Em alguns casos a atrição se acentua, ocorrendo a eliminação das cúspides e de grande quantidade de tecidos (incisivos inferiores, cúspides molares), seguida de hipersensibilidade dentinária.

Entretanto a deposição dentinária evita a exposição pulpar (MARCOS (13)).

O grau de atrição aumenta com a idade, como parte do processo de envelhecimento.

GLICKMAN (6) afirma que embora a atrição seja um processo comum de envelhecimento, não se apresentam em todos os pacientes idosos e variam consideravelmente no mesmo grupo de idade.

GLICKMAN (6) e MARCOS (13) concordam que seja possível haver atrição intensa em jovens e adultos de idade mediana por causa do bruxismo.

- Abrasão

É o desgaste patológico das partes expostas do dente, em decorrência das forças mecânicas, não mastigatórias.

A exposição contínua a agentes abrasivos, junto com a descalcificação do esmalte pelos ácidos de origem local, podem levar à perda do esmalte e depois a da dentina coronária (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Em geral a abrasão tem início no cemento exposto e não sobre o esmalte e se estende para atingir a dentina radicular.

As causas mais comuns da abrasão são as decorrentes da higiene bucal com um dentríficio abrasivo (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Outra causa menos comum é a ação dos retentores das próteses móveis (GLICKMAN (6)).

A abrasão apresenta a forma de um canal liso brilhante, a perda de substância sendo acentuada em alguns casos, provoca hipersensibilidade dentinária, mas a exposição pulpar é evitada pela deposição de dentina secundária. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

MARCOS (13) cita formas especiais de desgaste observadas nos hábitos ocupacionais ou hábitos de morder objetos ou substâncias duras, formas essas que alguns autores assinalam como um tipo de abrasão (carpinteiros, sapateiros, costureiros, etc).

Nessa citação GLICKMAN (6) afirma que se dá a abrasão dos bordos incisais.

- Erosão

A etiologia da erosão é desconhecida.

Se sugere que as causas são descalcificação por bebidas ácidas ou frutas cítricas e o efeito combinado da secreção salivar ácida e a fricção (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

SALES CUNHA e NORONHA, 1973 (15) diz que o termo erosão deve ser reservado exclusivamente para indicar os casos de destruição dentária provocada por agentes químicos.

A erosão ou defeito cuneiforme é uma depressão definida na zona cervical da superfície dentária vestibular.

O eixo maior da zona erosionada é perpendicular ao eixo maior do dente (GLICKMAN (6), MARCOS (6)).

As superfícies são lisas, duras e polidas, geralmente atacam um grupo de dentes.

Nos estágios primários a erosão pode estar limitada ao esmalte, mas pode se estender para invadir a dentina subjacente, assim como o cemento e a dentina da raiz (GLICKMAN (6)).

Se registra que o pH salivar, a capacidade neutralizadora e o conteúdo de cálcio e fósforo eram normais em pacientes com erosão, porém o nível de mucina estava elevado (GLICKMAN (6)).

3.2.2. Mobilidade patológica

Todos os dentes têm um pequeno grau de mobilidade fisiológica. Esta varia nos diferentes dentes e em diferentes horas do dia. É maior pela manhã e vai decrescendo progressivamente. (GLICKMAN (6)).

A mobilidade dentária que sobrepassa os limites fisiológicos (mobilidade patológica ou anormal) é um sinal significativo de distúrbio periodontal.

Diversas variáveis contribuem para a mobilidade patológica.

As mais comuns são alargamento do espaço do ligamento periodontal, perda de suporte ósseo alveolar ou uma combinação destes.

Fatores normalmente responsáveis pelo alargamento excessivo do espaço do ligamento periodontal são:

- 1 - Hábitos parafuncionais e interferenciais oclusivas, separadamente ou em combinação, podendo ambos resultar em traumatismo oclusal.
- 2 - Condições gengivais que resultam em grave inflamação provocada por irritantes como a placa bacteriana.
- 3 - Fatores transitórios que afetam a gengiva ou o aparelho de inserção periodontal ou ambos, tais como lesão traumática ou técnicas cirúrgicas, restauradoras ou endodônticas (CARRANZA (2), GLICKMAN (5), SCHLUGER (18)).

Com a eliminação da causa, padrões de mobilidade excessiva são reversíveis quando a cicatrização do aparelho de inserção e o tecido gengival circundante estão completos.

Os fatores responsáveis pelo suporte insuficiente do osso alveolar são:

- 1 - Periodontite resultando em perda excessiva do osso horizontal ou vertical.

- 2 - Ressecção óssea imprudente durante a cirurgia periodontal ou extração dentária.
- 3 - Reabsorção apical excessiva da raiz, concomitante com o tratamento ortodôntico e endodôntico ou de natureza idiopática.
- 4 - Raízes afiladas, delgadas ou curtas congênitas (SCHLUGER (16)).

É evidente que qualquer um destes fatores pode causar um aumento permanente na mobilidade dentária.

Se a quantidade de suporte ósseo alveolar for perturbada excessivamente, um traumatismo oclusal sério resultará e precisará de esplinte terapêutico.

Avaliação da mobilidade dentária

SCHLUGER (18) diz que apesar de ser um dado fundamental para o diagnóstico e prognóstico, a medição da mobilidade só tem valor para um mesmo operador, devido aos mêto-dos empíricos utilizados para a sua obtenção.

As medidas obtidas são subjetivas, porém com a prática cada operador consegue resultados uniformes e homo-gêneos.

O mesmo método empregado por outra pessoa, for-necerá provavelmente resultados diferentes devido a implica-ções pessoais.

CARRANZA (2) e GLICKMAN (6) citam os movilômetros ou periodontômetros que são aparatos mecânicos ou eletrônicos para a medida exata da mobilidade.

Dizem que apesar da uniformização dos graus de mobilidade no diagnóstico da enfermidade periodontal seu uso não está difundido.

Como regra geral, os graus de mobilidade se estabelecem com um método simples.

São várias as citações como a de CARRANZA (3) que indica para se detectar a mobilidade tomar uma pinça para algodão ou dois instrumentos metálicos fazendo-o oscilar em todas as direções.

GLICKMAN (6) e PRICHARD (14) usam dois instrumentos metálicos sustentando o dente e movendo-o em todos os sentidos.

SCHLUGER (18) indica segurar a coroa do dente entre o dedo indicador e um instrumento e aplicar força.

O examinador tem que comprovar que a cabeça do paciente está em posição estável, de outro modo poderia confundir-se o movimento da mandíbula ou o da cabeça com o dos dentes.

O sistema de registro depende de cada examinador.

Podemos usar os algarismos de 1 a 3 como fazem GLICKMAN (6) e PRICHARD (14) ou I a III como SCHLUGER (18).

Pode-se também usar os sinais + ou - para maior exatidão.

O importante é escolher uma dessas formas de registro e fazer dela um padrão para os exames.

Por exemplo:

- . Mobilidade fisiológica
- . Mobilidade patológica grau 1 - apenas maior que a fisiológica
- . Mobilidade patológica grau 2 - moderadamente maior que a fisiológica
- . Mobilidade patológica grau 3 - intensa mobilidade vestibulo lingual ou mesuodistal ou ambas combinadas com o deslizamento vertical .
(GLICKMAN (6)).

3.2.3. Migração

Temos que levar em conta as alterações da posição dos dentes, especialmente com vista à detecção de forças oclusais anormais, pressão lingual e outros hábitos que possam constituir fatores concomitantes.

A migração patológica dos dentes anteriores em pessoas jovens somente pode ser sinal de periodontite. (GLICKMAN (6)).

3.2.4. Dor à percussão

A percussão proporciona uma informação sobre a saúde do periodonto, o cemento, o ligamento periodontal e osso alveolar (PRICHARD (14)).

A sensibilidade à percussão é uma característica da inflamação aguda do ligamento periodontal.

A percussão suave do dente à diferentes ângulos ajuda a localizar a área da lesão inflamatória (GLICKMAN (6)).

PRICHARD (14) mostra que ao fazermos percussão em um dente e se produzir um som claro isso sugere que o sistema periodontal está saudável, quando se produz um ruído apagado sugere que o sistema periodontal está lesado.

PRICHARD (14) mostra ainda que a prova dolorosa à percussão indica problema endodôntico ou inflamação do ligamento periodontal.

Porém a falta da dor à percussão não leva à conclusão de que não há problema de origem pulpar ou periodontal, pois o periodonto lesionado pelo traumatismo periodontal crônico e a pulpíte crônica podem não ser dolorosos à percussão.

3.2.5. Hipersensibilidade dentinária

As superfícies radiculares expostas pela recessão gengival podem ser hipersensíveis às mudanças térmicas e à estimulação táctil.

O paciente orienta o operador as zonas sensíveis e ele as localiza mediante a exploração delicada com uma sonda ou ar frio.

3.2.6. Posição do dente no arco

Mã posição dos dentes é relacionada a contatos deficientes e normalmente referente a eles.

Isto é, certamente uma característica comum na odontologia, que assume importância especial na periodontia em decorrência de muitas conotações críticas, etiológicas e terapêuticas que estão ligadas a mã posição.

Por exemplo, se o dente está em lâbio versão a questão de uma lâmina óssea vestibular adequada é um fator bastante importante no rebatimento do retalho e na localização da incisão vertical relaxadora.

Outro exemplo é a ligeira rotação do canino inferior.

Devido à extensa secção transversal oval deste dente e a inclinação comum contra o incisivo lateral, a proximidade radicular é um achado comum.

Isto é um sério e desfavorável arranjo na presença da doença periodontal.

Um terceiro exemplo é a bolsa mesial profunda no lado mesial do segundo molar, mesialmente dentro de espaço do primeiro molar, ausente não substituído (SCHLUGER (18)).

3.2.7. Higiene bucal

Segundo GLICKMAN (6), pode se culpar a negligência na higiene bucal da maioria, se não de todas as enfermidades gengivais e periodontais.

A falta de higiene na boca sã permite que se produza a enfermidade, o descuido na enfermidade incipiente faz com que se destrua os tecidos de suporte dos dentes, e o descuido com a higiene na enfermidade tratada, faz com que e la se repita.

A má higiene bucal que permite o acúmulo da placa, cálculos e matéria alba é o fator causal da enfermidade periodontal.

Para podermos ensinar a higiene bucal correta temos que usar soluções reveladoras para evidenciar a placa bacteriana, e ensinar ao paciente como controlá-la.

- Halitose

A halitose também denominada "fector exore" ou "feter oris" é o mal odor ou odor ofensivo que emana da cavidade bucal.

A halitose pode ter importância diagnóstica.

Pode ter sua origem em:

- a - fontes locais
- b - fonte extrabucal ou remota.

a - Fontes locais

Retenção de partículas odoríferas de alimentos sobre os dentes ou entre eles, língua saburrosa, gengivite ulceronecrotizante aguda, estados de desidratação, cáries, dentaduras artificiais de fumantes, feridas cirúrgicas ou extrações em cicatrização.

A enfermidade periodontal crônica pode originar odor desagradável na boca por acúmulo de resíduos nas bolsas e aumento da velocidade de putrefação da bolsa. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

b - Fonte extrabucal ou remota

Pode incluir estruturas vizinhas como rinite, sinusite ou amígdalite, enfermidades pulmonares e bronquiais como a bronquite fétida crônica, abscessos pulmonares, gangrena dos pulmões ou tuberculose pulmonar, odores expelidos pelos pulmões de substâncias aromáticas na corrente sanguínea como metabólitos provenientes de alimentos ingeridos ou produtos excretórios do metabolismo celular.

São exemplos do último grupo o hábito alcoólico, o odor de acetona dos diabéticos e o hálito urêmico na disfunção renal (GLICKMAN (6)).

3.2.8. Registro do número de dentes extraídos, cariados e restaurados

Ao se fazer o exame clínico, devemos verificar e registrar o número de dentes presentes e registrá-los na ficha clínica.

A perda prematura de dentes devido à cárie ou a acidentes é comum e predispõe à vários problemas periodontais.

Segundo GLICKMAN (7) e SCHLUGER (19) essas perdas provocam inclinação dos dentes vizinhos, extrusão do antagonista, resultando em discrepâncias do sulco marginal e relações inadequadas ou de contato aberto de muitos dentes.

Isto por sua vez, contribui para a impacção alimentar, cáries interproximais, desarmonias oclusais, perda õssea e formação de bolsas.

A cárie, além de ser uma lesão destrutiva que pode levar à perda do dente afetado se não tratado, é uma fonte de retenção de placa e multiplicação de bactérias que geram enzimas e outras substâncias lesivas.

Devem ser registradas na ficha clínica para que possam ser tratadas.

Devemos verificar no exame clínico e radiografico as restaurações existentes.

Uma restauração deve ser examinada sob o ponto de vista de seu contorno, sua anatomia oclusal, seus bordos, seus contatos proximais, sua estética e função. (SCHLUGER (19)).

3.2.9. Restaurações dentárias - forma e adaptação

Segundo GLICKMAN (7) as restaurações e a saúde periodontal estão relacionadas de maneira inseparável; a saúde periodontal é necessária para o funcionamento das restaurações e o estímulo funcional que proporcionam as restaurações, são essenciais para a conservação do periodonto.

SCHLUGER (19) diz ser comum verificar-se uma leve porém progressiva destruição do periodonto nas proximidades de obturações ou de coroas.

Isto pode ter sido causado pelos materiais usados na restauração, mas o que deve ser temido e antecipado, após o término da restauração, não são tanto as suas propriedades naturais quanto as suas capacidades destrutivas em potencial.

Deve-se evitar de todas as maneiras possíveis, os perigos de discrepâncias marginais entre o preparo e a restauração, seja por excessos, deficiências ou superfícies rugosas. Por conseguinte, deve-se tomar um extremo cuidado no acabamento apurado de uma restauração, particularmente sob a margem gengival, onde a remoção de excessos de bordos se torna muito mais difícil do que a do cálculo subgengival.

É uma composição que se suavize e se contorne a área da restauração, de tal forma que ela reproduza, ou mesmo melhore, a forma original. Áreas rugosas e excessos de bordo não somente causam irritação subgingival como também, estando sempre cobertas pela placa microbiana, logo se transformam em nichos de acúmulo e de desenvolvimento de microorganismos e de suas secreções destrutivas.

Após o término destas restaurações, a relação de contato interproximal deve ser cuidadosamente verificada com fio dental, buscando-se o ajuste correto deste contato.

A adaptação dos bordos subgingivais deve ser minuciosamente examinada e qualquer excesso de material restaurador, deve ser totalmente removida.

3.2.10. Ponto de contato

O contato proximal proporciona a principal defesa contra a invasão e impacção alimentar, com os subsequentes danos para os tecidos apicais (GLICKMAN (7), SCHLUGER (19)).

São os contatos proximais que determinam as relações de cristas marginais, a forma do vão oclusal interdentário e a forma vestibular e lingual do nicho. Inclinações dentárias originam discrepâncias nas cristas marginais e isso favorece a impacção e a retenção alimentar, contribuindo para a destruição dos tecidos interdentários e subsequente perda óssea interproximal.

As áreas de contato proximal deve se assemelhar ao máximo com a normalidade.

SCHLUGER (19) diz que um erro muito comum consiste em fazer essas áreas de contato seja bucolingual e/ou oclusocervical muito largas. O contato assim alargado causará graves alterações morfológicas e patológicas na papila interdentária que toma a forma de um "col". Este, então, é alterado de tal forma em seu contorno que a pequena área de depressão em forma de sela é alargada e ampliada e o epitélio do col que não é queratinizado se torna mais suscetível à destruição.

Portanto é de suma importância que se respeitem as características dos contatos próximos, uma vez que um manuseio descuidado trará a sérios comprometimentos aos tecidos periodontais.

3.2.11. Prótese presente e sua importância na doença periodontal

Restabelecer a saúde periodontal antes de qual quer tratamento dentário é uma necessidade básica.

Este estágio de tratamento envolve a remoção dos irritantes gengivais; a correção de interferências funcionais da oclusão, o tratamento das condições patológicas e morfológicas da gengiva e a correção de deformações ósseas das estruturas de suporte (SCHLUGER (19)).

Além da estética a finalidade de próteses fixas e removíveis é a melhora da eficiência mastigatória, prevenir a inclinação e extrusão dos dentes, alteração da oclusão e impacção de alimentos.

Para que a prótese alcance essas finalidades e não provoque o contrário com a confecção incorreta e iatrogênica, deve haver uma perfeição técnica na sua confecção.

A adaptação das margens, os contornos e a reconstituição anatômica, as relações proximais e a lisura da superfície são requisitos biológicos fundamentais da gengiva e tecidos periodontais de suporte.

Os materiais de uma prótese como ouro, acrílico ou porcelana não são materiais irritantes porém favorecem o acúmulo de placa a qual irrita a gengiva.

O risco de irritação da gengiva se reduz quando o limite das próteses estão localizados coronariamente à margem gengival sem invadir o terço gengival dos dentes, dessa forma o acúmulo de placa provocado pelos materiais da prótese são visualizados e alcançados pela escavação (GLICKMAN (7)).

3.3. Exame do Periodonto

É importante buscar os primeiros sinais da enfermidade gengival e periodontal (GLICKMAN (6)).

As variações do normal são coisas que o periodontista trata (SCHLUGER (18)).

O exame tem que começar sistematicamente em uma zona molar do maxilar superior ou inferior e seguir por todos o arco.

Isto evitará atribuir demasiada importância a achados espetaculares em detrimento de outras lesões, que mesmo que chamativas, podem ser de igual importância (GLICKMAN (6)).

3.3.1. Depósitos dentais

- Placa

Placa dentária ou placa bacteriana é um depósito branco, amorfo, granular que se acumula sobre as superfícies, restaurações e cálculos dentários.

Se adere firmemente à superfície dentária, não podendo ser destacada com jatos de ar ou água, somente se despreendendo mediante a limpeza mecânica.

É o principal fator etiológico da gengivite e da cárie dental.

Os produtos das bactérias da placa penetram na gengiva e provocam a gengivite, a qual não sendo tratada leva à periodontite e à perda dentária.

A placa também é importante porque constitui a etapa inicial da formação do cálculo dentário.

A placa aparece supragengivalmente sob o terço gengival dos dentes na maior parte das vezes e subgengivalmente.

É encontrada geralmente nas reentrâncias, ranhuras, sulcos e superfícies ásperas. (GLICKMAN (4)).

Se usam substâncias reveladoras em forma de solução ou comprimidos mastigáveis para localizar a placa e a película, que de outra maneira escapam à detecção.

As substâncias reveladoras mais utilizadas são a tintura de fucsina e os tabletes de eritrosina que o paciente mastiga e depois remove o excesso com um enxaque com água (GLICKMAN (4), SCHLUGER (17)).

Mais recentemente a exposição dos dentes a um corante contendo fluoresceína e a visualização da placa sob uma luz ultravioleta tem sido usadas.

Porém o aparelho iluminador é caro e pequenas quantidades de placa podem ser difíceis de serem vistas (SCHLUGER (17)).

- Matéria alba

É um depósito amarelo ou cinza esbranquiçado e pegajoso, pouco menos aderente que a placa dentária.

Se deposita sobre superfícies dentárias, restaurações, cálculos e gengiva.

Tendem a acumular-se no terço gengival dos dentes e sobre os dentes em má posição.

É possível removê-la com jato d'água ou bochechos vigorosos, porém necessita de limpeza mecânica para assegurar a sua remoção.

A matéria alba é um depósito composto de agregados de microorganismos, leucócitos e células epiteliais descamadas mortas, casualmente organizadas e frouxamente aderidas.

Os restos alimentares podem estar presentes transitariamente sobre as superfícies dos dentes, ou interdentalmente, especialmente entre as refeições.

A matéria alba pode ser vista sem a utilização de substâncias reveladoras (GLICKMAN (4), LASCALA (8), SCHLUGER (17)).

- Cálculo

O cálculo é uma massa aderente, calcificado ou calcificável da placa bacteriana que se depositam na superfície dos dentes naturais ou próteses dentais, que não pode ser removido pela ação da escova (GLICKMAN (4), LASCALA (8), SCHLUGER (17)).

Até que fossem atribuídos a placa bacteriana novos valores, o cálculo teve um lugar de destaque como agente etiológico das doenças periodontais.

Ele foi tido como o principal agente local pois acreditava-se que causava uma irritação mecânica sobre os tecidos gengivais e decorrente disto, a gengivite. Hoje em dia existem autores que lhe atribuem esta propriedade, ainda que a maioria veja nele apenas uma superfície bastante favorável para a retenção de nova placa (LASCALA (8)).

Pode ser encontrado supra ou subgengival sendo mais frequente na forma supragengival.

O cálculo supra gengival é de consistência dura de tijolo; cor branca ou branco amarelado, pode ser corado por pigmentos alimentares; depositando-se mais na lingual dos incisivos inferiores e na vestibular dos molares superiores.

O cálculo subgengival também é de consistência dura, semelhante à pedra, a cor varia de castanho, ao castanho escuro e de esverdeado ao preto. (GLICKMAN (4), LASCALA (8)).

Para a detecção de cálculos subgengivais se examina cuidadosamente cada superfície dentária com um explorador nº 17.

Se utiliza jatos de ar para separar a gengiva e facilitar a visão dos cálculos.

A quantidade de cálculos supragengivais se mede com uma sonda periodontal calibrada (GLICKMAN (4)).

3.3.2. Características clínicas gengivais

Antes de se fazer observações exatas, é preciso secar a gengiva, o reflexo da luz sobre a gengiva úmida pode mascarar detalhes (GLICKMAN (6)).

Tem que se considerar cada uma das seguintes características: cor, volume, contorno, posição, pontilhado, textura superficial, sangramento, quantidade de gengiva inserida.

- Cor

Frequentemente o sinal clínico inicial da inflamação é uma mudança de cor da margem gengival (CARRANZA (2)).

É enganador tentar descrever uma única cor avaliada como normal. A cor exata da gengiva normal depende da aparência geral do indivíduo (MARCOS (13)).

A cor da gengiva marginal e papilar varia de um rosa pálido a um vermelho claro (SCHLUGER (18)).

A cor se deve ao sistema vascular modificado pelas camadas epiteliais superficiais (CARRANZA (2)).

Então o aumento de vascularização e redução da queratinização e espessura do epitélio confere à gengiva tons mais escuros; enquanto que a redução de vascularização (fibrose de cõrion) e o aumento de queratinização intensificam a palidez gengival.

A coloração gengival é alterada também pelo uso de substâncias como mercúrio, bismuto e outros metais pesados (CARRANZA (2); MARCOS (13)).

- Volume

O volume da gengiva está intimamente ligado ao contorno e posição.

O aumento de volume chamado clinicamente de hiperplasia gengival podem cobrir total ou parcialmente a coroa dos dentes (CARRANZA (2), LASCALA (9), MARCOS (13)).

Quando o volume se reduz, se produz atrofia gengival que descobre zonas mais ou menos extensas do cemento radicular (CARRANZA (2) LASCALA (9)).

- Contorno

A margem gengival segue as ondulações do colo dos dentes, preenchendo os espaços interdentários até o ponto de contato.

A margem deve terminar sobre a superfície do dente em forma afilada (CARRANZA (2), MARCOS (13)).

Nos processos inflamatórios, necróticos ou distróficos são observadas anormalidades no contorno (MARCOS (13)).

- Posição

Com o volume aumentado, a posição da gengiva marginal poderá estar localizada mais oclusalmente formando a bolsa e mais apicalmente na recessão (LASCALA (9)).

- Pontilhado

A superfície da gengiva é caracterizada pelo pontilhado, exceto no bordo marginal onde é lisa (SCHLUGER (18)).

LASCALA (9) diz que a perda do pontilhado indica provavelmente uma alteração de longa duração.

Diz que a perda do pontilhado deve-se à presença do edema inflamatório e da degeneração das inserções das fibras colágenas, tornando a gengiva com um aspecto liso, brilhante e lúcido.

Porém salienta que após um longo período de atuação da inflamação, principalmente quando predomina o aspecto reparacional poderá haver uma nova inserção de fibras, às vezes até com pontilhado mais acentuado que o normal.

- Textura superficial

A consistência da gengiva é firme seu aspecto superficial é opaco, liso na gengiva marginal e pontilhado na gengiva inserida semelhante à casca de laranja (CARRANZA (2), MARCOS (13)).

Esse aspecto da gengiva inserida é devido às projeções das fibras colágenas do tecido conjuntivo subjacente no epitélio (MARCOS (13)).

A presença de mudanças inflamatórias especialmente o edema a tornam flácida em contraposição ao seu estado firme e aderente, e fazem desaparecer o pontilhado.

Do ponto de vista clínico é de suma importância reconhecer que a inflamação gengival pode produzir dois tipos de reação tissular:

a - edematosa

b - fibrosa

A primeira se caracteriza pela gengiva lisa, brilhante, flácida.

A segunda conserva algumas características de normalidade é mais firme, pontilhada e opaca, mas pode ser grossa e com a margem arredondada. (CARRANZA (2), LASCALA (9), MARCOS (13)).

- Sangramento

É uma das causas principais que levam o paciente a procurar tratamento periodontal.

A presença do sangramento por si só caracteriza a presença de alteração inflamatória gengival ou periodontal. Entretanto poderá haver alterações gengivais sem sangramento.

É espontâneo quando ocorre durante a sucção, ou ainda quando o paciente está dormindo, chegando a manchar o travesseiro com saliva sanguinolenta, também no caso de alterações sistêmicas tipos das descrecias ou leucemia e fatores hormonais.

É provocado quando ocorre durante a escovação ou outros meios de higienização e mastigação (LASCALA (9)).

- Quantidade de gengiva inserida

É aspecto anatômico importante não só no diagnóstico como na terapêutica e prognóstico do caso.

A falta de gengiva inserida gera uma problemática das mais complicadas quando existe a presença de qualquer fator irritante marginal, e principalmente quando a pequena quantidade desta gengiva soma-se a presença de freios e bridas musculares em posições que interferem com sua estabilidade. (LASCALA (9)).

3.3.3. Formação de fístulas

As fístulas podem estar presentes na lesão endodôntica, na lesão periodontal ou em uma lesão endoperiodontal (GLICKMAN (5)).

Ela não é um sinal patognomônico da lesão endodôntica ou da lesão periodontal.

Para nos auxiliar no diagnóstico de uma fístula, devemos utilizar um cone de guta fazendo o trajeto fistuloso e um cone na margem da gengiva e radiografar.

3.3.4. Perda óssea alveolar

Os níveis de osso alveolar se verificam com o exame clínico e radiográfico.

A sonda é útil na determinação da altura e contorno do osso vestibular, mascarado na radiografia pela raiz compacta e para determinação da arquitetura do osso interdentário.

A radiografia é um método indireto para determinar a quantidade de perda óssea na enfermidade periodontal.

Indica a quantidade de osso remanescente e não a quantidade perdida. A quantidade de perda óssea se estima como a diferença entre o nível fisiológico do osso do paciente e a altura do osso restante.

Para determinar a quantidade de perda óssea na enfermidade periodontal é preciso:

- 1 - determinar a idade do paciente
- 2 - estimar o nível fisiológico do osso nessa idade
- 3 - determinar a diferença entre o nível fisiológico do osso e o nível do osso restante indicado na radiografia

O mesmo nível de osso restante indica um grau diferente de perda óssea em pacientes de diferentes grupos de idade.

A perda óssea é vista radiograficamente caracterizando-se dois aspectos: perda óssea horizontal e perda óssea vertical ou angular. (GLICKMAN (6)).

Ela não indica a morfologia interna ou a profundidade dos defeitos intermediários crateriformes que aparecem como defeitos angulares ou verticais, nem revelam a amplitude da lesão nas superfícies vestibular e lingual, isso só pode ser visto no exame direto através de levantamento do retalho (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

A distribuição da perda óssea é um sinal diagnóstico importante. Indica a localização de fatores locais destrutivos em diferentes locais da boca (GLICKMAN (6)).

3.3.5. Anomalias anatômicas

Os processos patológicos que produzem alterações na anatomia gengival são três:

- 1 - Inflamatório
- 2 - Necrótico
- 3 - Distrófico

1 - Processo inflamatório

O aumento da gengiva marginal, acompanhado de mudanças de coloração e alteração nas características arquiteturais básicas constituem o quadro clássico da inflamação gengival.

Na gengivoestomatite herpética aparecem vesículas que se rompem e deixam úlceras esféricas ou ovais.

É uma lesão difusa da gengiva, pode incluir mucosa e lábios (GLICKMAN (6)).

3 - Lesões distróficas do periodonto

As lesões nas quais a resposta inflamatória ocupa um papel relativamente menor são poucas.

Duas síndromes são comumente classificadas nesta categoria: retração gengival e traumatismo oclusal.

Ambas podem ser essencialmente traumáticas por natureza (SCHLUGER (18)).

Retração gengival

A recessão é uma exposição progressiva da superfície radicular produzida pelo deslocamento apical da gengiva (GLICKMAN (6)).

A recessão se refere à localização da gengiva e não ao seu estado. É comum a gengiva estar inflamada, porém pode estar normal com excessão da posição anormal.

A recessão pode limitar-se a um dente ou a um grupo de dentes.

Pode produzir-se fisiologicamente com a idade (recessão fisiológica) ou em condições anormais (recessão patológica) (GLICKMAN (6)).

As causas da recessão gengival são a escovação inadequada, má posição dentária, gengivite e bolsas periodontais.

A tração muscular de freios e bridas é um fator agravante (GLICKMAN (6), LASCALA (9), MARCOS (13), SCHLUGER (18)).

Se supõe, porém não se comprovou, que o trauma de oclusão agrava a recessão ao acelerar a proliferação epitelial iniciada pela irritação local.

Traumatismo oclusal

Existe muita discussão entre os autores sobre a relação do traumatismo oclusal e a doença periodontal, porém a maioria dos autores reconhece o papel da placa bacteriana no início da doença periodontal, mas que o traumatismo oclusal modifica esta resposta aos irritantes locais.

GLICKMAN e WUSS (5) esclarecem que a inflamação não é causada pelo traumatismo oclusal, mas que é co-destrutiva.

3.3.6. Supuração

O exsudato quase sempre está presente nas bolsas periodontais verdadeiras. Sua formação está em função da presença de células fagocitárias (leucócitos polimorfonucleares) na área de irritação e de enzimas proteolíticas (MARCOS (13)).

Ele pode ser do tipo seroso, edematoso, purulento e necrótico (LASCALA (9)).

Posto que o exsudato purulento se forma na parede interna da bolsa, o seu aspecto externo pode nos oferecer manifestações de sua presença; mas para determinarmos com certeza se há pus devemos fazer pressão sobre a porção lateral da gengiva marginal, com um movimento circular sobre a coroa (GLICKMAN (6)).

Se houver pus o exsudato fluirá pela região do sulco gengival.

Portanto para determinarmos a presença ou não de supuração não podemos nos valer apenas do exame visual sem a pressão digital.

3.4. Exame de Oclusão

3.4.1. Avaliação da oclusão

Segundo GLICKMAN (5) as forças oclusais afetam o estado e a estrutura do periodonto.

A saúde periodontal não é um estado estático.

Depende do equilíbrio entre o meio interno controlado organicamente e que governa o metabolismo periodontal e o meio externo do dente, na qual a oclusão é um componente importante.

Para permanecer saudável do ponto de vista metabólico e estrutural o ligamento periodontal e o osso alveolar precisam da estimulação mecânica das forças oclusais.

Uma "margem de segurança" inerente a todos os tecidos permite certas variações na oclusão sem que se produza uma alteração no periodonto.

Quando a função é insuficiente o periodonto se atrofia e quando as forças oclusais excedem a capacidade de adaptação dos tecidos estes sofrem lesão.

A lesão do tecido periodontal causada por forças oclusais denomina-se trauma de oclusão.

Uma oclusão que produz essa lesão chama-se oclusão traumática.

As forças oclusais desenvolvidas pelos dentes dependem da sua inclinação, posição, inclinação das cúspides, da forma e posição das raízes, da oclusão e relação cêntricas.

As alterações resultantes das forças traumatogênicas podem instalar-se no dente, no aparelho de sustentação ou na articulação. Esta localização não é aleatória, mas esta-belece-se nos elementos que estiverem estruturalmente menos resistentes do ponto de vista biológico.

A instalação de tais lesões torna-se possível de vido:

- 1 - Forças que ultrapassam a capacidade reacional normal dos tecidos;
- 2 - Diminuição da capacidade reacional dos tecidos comprometidos;
- 3 - Combinação de ambos. (GLICKMAN (5), SCHLUGER (16)).

São diversas as causas que diminuem a capacidade reacional dos tecidos, mas a principal delas é a inflamação.

Quando as estruturas de suporte são sede de um processo inflamatório, todos os seus elementos ficam com suas capacidades reacionais diminuídas.

Por exemplo, o ligamento periodontal fica impossibilitado de amortizar convenientemente as forças e transmití-las para o osso e cemento (LASCALA (9)).

O trauma de oclusão é uma parte integrante do processo destrutivo da enfermidade periodontal.

Não origina a gengivite ou bolsas periodontais, porém influencia no avanço e severidade das bolsas iniciadas pela irritação local. (GLICKMAN (5)).

3.4.2. Indicadores de trauma

O trauma pode ser diagnosticado clínicamente ou radiograficamente.

No diagnóstico clínico, o trauma pode ser indicado pela presença de mobilidade dentária, facetas de desgaste, perda do ponto de contato, migração dentária, dor localizada, dor na ATM, mastigação unilateral e posição de conveniência (CARRANZA (2), LASCALA (9)).

Um dente submetido a forças traumatogênicas apresenta a mobilidade como um sinal comum.

As facetas de desgaste nada mais são que a transformação de pequenas áreas convexas das superfícies dentais em superfícies planas, que corresponde a uma tentativa natural do organismo em aliviar o excesso de cargas que incidem sobre aqueles pontos.

A perda de pontos de contato, na ausência da inflamação indica a possibilidade de forças excessivas, que fazem com que os dentes saiam de seus alinhamentos normais.

A dor localizada, sentida no dente submetido ao excesso de carga é devido ao esmagamento dos elementos do espaço periodontal. É a pericementite traumática. Dor na ATM é uma manifestação a distância de sobrecargas traumatogênicas sobre um dente ou grupo de dentes (LASCALA (9)).

Quando uma sobrecarga oclusal ocasiona dor, a tendência natural é de se evitar o ponto doloroso, passando a mastigação a ser feita unilateralmente.

No exame radiográfico diagnosticamos o trauma pela reabsorção vertical e angular, aumento do espaço periodontal, perda de nitidez da lâmina dura, reabsorção radicular, hiper cementose (GLICKMAN (5), LASCALA (9)).

3.4.3. Avaliação da ATM

Na ATM, as manifestações podem ser constatadas, pela presença de estalos e zumbidos em um ou em ambos os lados da articulação.

Podem também ser traduzidas por dor na ATM, dor muscular, facial ou cervical ou por tonteiras.

Tanto os estalos quanto os deslocamentos bruscos são detectados pela palpação bilateral durante o movimento de abertura e fechamento da boca.

A dor muscular manifesta-se geralmente durante a palpação digital dos músculos implicados.

A tonteira pode ser devido aos deslocamentos bruscos da ATM, ou à pressão que os côndilos exercem sobre os centros de equilíbrio, localizados no ouvido médio e vizinhos dos côndilos (LASCALA (9)).

A correção oclusal não deve ser feita durante os estágios agudos da disfunção da articulação temporomandibular, devemos em primeiro lugar aliviar os espasmos (SCHLUGER (16)).

3.4.4. Hábitos

Existem duas categorias principais de atividades desempenhadas pelo sistema estomatognático: função e para função.

A mastigação, o leve contato ocasional durante a fonação, a deglutição, a tosse e o bocejo são todas consideradas funções normais, todas as outras formas com pressão dos dentes são parafuncionais (GLICKMAN (6), SCHLUGER (18)).

Bruxismo - etiologia

A etiologia do bruxismo e hábitos oclusais diversos é desconhecida, mas geralmente se atribue a anormalidades oclusais, à tensão emocional ou a ambas.

Acredita-se que os hábitos são iniciados por desarmonias oclusais como contatos proximais prematuros e representam movimentos de reação da mandíbula na tentativa de desgastar as superfícies dentárias lesivas.

Também existem provas de que a tensão emocional e a ansiedade podem produzir ou agravar o bruxismo (GLICKMAN (6), SCHLUGER (18)).

Manifestações

As manifestações do bruxismo diferem com o tipo de hábito.

O trincar dos dentes também denominado bruxismo cêntrico é um contato forte, prolongado e repetitivo dos dentes com movimento mandibular inexistente ou mínimo.

Os resultados mais sérios do trincar dos dentes são alterações patológicas primárias das estruturas de suporte periodontal e distúrbios secundários da ATM.

As sequelas patológicas do trincar dos dentes são geralmente maiores, mais generalizadas e mais sérias do que as resultantes do ranger dos dentes.

O ranger dos dentes também denominado bruxismo excêntrico pode limitar-se a apenas dois dentes ou envolver segmentos da dentição.

Manifestações:

- 1 - atrito das superfícies oclusais
- 2 - lesão no periodonto
- 3 - distúrbios da ATM e musculatura associada.

As sequelas patológicas do ranger dos dentes dependem em grande parte do periodonto de compensar a tensão aumentada (GLICKMAN (6), SCHLUGER (18)).

Muitos hábitos bucais alguns intimamente relacionados ao bruxismo podem ser categorizados como inespecíficos, ocupacionais e diversos.

Hábitos inespecíficos -

Morder o lábio, a língua e as bochechas.

Hábito de empurrar a língua contra os dentes anteriores e inferiores faz com que estes se enclinem ou deslizem em sentido lateral.

Hábitos ocupacionais -

Segurar prego na boca por sapateiros, cortar fios de linha por costureiras, pressão da língua ao tocar instrumentos musicais, etc.

Hábitos diversos -

Como fumar cachimbo e segurá-lo entre os dentes, mascar tabaco, morder lápis, métodos incorretos de escovação dentária, respiração bucal e sucção do polegar. (GLICKMAN (6), SCHLUGER (18)).

V - MODELOS

Os modelos são complementos úteis no exame bucal (GLICKMAN (4), LASCALA (9), PRICHARD (14)).

Segundo LASCALA (9) os modelos de estudo possuem dupla finalidade, uma delas é o registro de um caso interessante, a outra refere-se à utilidade para a elaboração do plano de tratamento.

Há ainda a importância dos modelos na verificação das relações de contato proximal, zonas de retenção de alimentos, posições e inclinações dos dentes e sua relação de oclusão.

Servem de guia para o ajuste oclusal (PRICHARD (14)).

Servem de "ajuda visual" em conversação com o paciente (GLICKMAN (6)).

- Fotografias clínicas

As fotografias não são essenciais em um exame clínico, porém são úteis para registrar o aspecto do tecido antes do tratamento e depois dele (GLICKMAN (6), LASCALA (9), PRICHARD (14)).

PRICHARD (14) afirma que as fotografias auxiliam o diagnóstico ao se verificar a cor do tecido e posição. Já GLICKMAN (6) afirma que nem sempre se pode confiar nas fotografias para se comparar mudanças sutis de cor na gengiva, o que se registra são mudanças na morfologia gengival.

Resumindo LASCALA (9) diz que quando o caso é de interesse clínico, didático ou científico, podemos nos valer dos recursos de fotografias coloridas antes, durante e após o tratamento.

VI - EXAME RADIOGRÁFICO

Passados mais de cinquenta anos que a radiografia está sendo utilizada como meio auxiliar de diagnóstico, ainda há muita disparidade de critérios, quanto ao seu valor e utilização (PRICHARD (14)).

O diagnóstico da enfermidade periodontal se estabelece com a sonda periodontal, complementada pela inspeção, palpação e percussão, mas são indispensáveis as radiografias precisas para se determinar a magnitude da enfermidade (MARCOS (13), PRICHARD (14)).

É um complemento do exame clínico, não um substituto dele (GLICKMAN (6)).

O valor do exame radiográfico não diminui porque se faz um exame crítico de suas limitações; a informação que proporciona é essencial e não é possível obter de outra fonte (PRICHARD (14)).

Já GLICKMAN (6) diz que se houver que escolher, é possível fazer um diagnóstico mais inteligente com o paciente, sem as radiografias do que com as radiografias sem o paciente.

PRICHARD (14) finaliza afirmando que se queremos usar de uma maneira inteligente a radiografia no diagnóstico devemos reconhecer suas vantagens e limitações.

VII - EXAMES COMPLEMENTARES

1. Ajudas de laboratório no diagnóstico

O aspecto dos tecidos orais ou a história do paciente podem orientar sobre a conveniência de realizar algumas provas de laboratórios.

Os exames de laboratório têm que ser um complemento da exploração clínica cuidadosa e da história e não um atalho para estabelecer um diagnóstico.

Qualquer investigação de laboratório que seja preciso efetuar terá melhor efeito depois de se fazer uma história clínica completa e explorar cuidadosamente o paciente.

É importante um bom juízo clínico para abordar exames de laboratório pois é um trabalho oneroso. (PRICHARD (14)).

1.1. Biopsia

A Biopsia consiste no exame microscópico por patologista, de fragmentos de um tecido patológico a fim de determinar-lhe a estrutura histológica e caracteres etiológico-patogênicos (BASTOS (1)).

Para o diagnóstico e estudo dos tecidos gengivais anormais está indicado o exame microscópico ainda que não se suspeite que sejam malignos (BASTOS (1), PRICHARD (14)).

Indicação:

- 1 - em toda lesão persistente após a terapêutica a ser instituída;
- 2 - em todas as suspeitas de blastomas;
- 3 - por inesperada ação de terapêutica empregada para de terminada enfermidade clinicamente diagnosticada (BASTOS (1), MARCOS (13), PRICHARD (14)).

Técnica para obter amostra do tecido

Incisão

Pode ser feita com bisturi ou com um instrumento cortante de alta frequência, sendo feito preferencialmente com bisturi.

A eletrocirurgia se usa com vantagem em tumores muito vascularizados nos quais o sangramento produz complicações.

O material pode também ser obtido por aspiração ou curetagem em alguns casos como de cavidade ósseas ou trajetos fistulosos (BASTOS (1), GLICKMAN (6)).

Manejo da mostra de tecido

- 1 - anestesia à distância (evitar alterações morfológicas);
- 2 - evitar comprimir o material com as pontas da pinça;
- 3 - envolver o fragmento em gaze;
- 4 - colocar imediatamente em um fixador. Formalina a 10% é um fixador aceitável;
- 5 - ao se colocar a mostra na solução fixadora evitar que toque no fundo do frasco;
- 6 - remeter ao laboratório no menor prazo de tempo possível. (BASTOS (1), GLICKMAN (6), MARCOS (13), PRICHARD (14)).

Remessa do material para o laboratório

O frasco rotulado com o nome do paciente, procedência, nome do cirurgião remetente deverá ser acompanhado das seguintes indicações:

- a - pedido e nome do profissional que envia o material.
- b - modo de colheita do material.
- c - data de obtenção.
- d - idade do paciente.
- e - sexo do paciente.

- f - descrição clínica da lesão - proporção, forma, cor, vegetante ou infiltrante, mole ou dura, hemorrágica ou esclerótica.
- g - breve história clínica mencionando:
 processo de evolução, se rápida ou lenta, condições físicas do paciente e "diagnóstico de probabilidade", se possível fotografia. (BASTOS (1), GLICKMAN (6)).

- A biopsia no diagnóstico de neoplasias

O diagnóstico das neoplasias devem ser feitos por exame microscópico.

Para que sirva ao propósito a que está destinada, a técnica de biopsia deve ser guiada por determinados princípios.

Método de Toma da biopsia - sítio da biopsia

- 1 - Quando a lesão é pequena terá que ser totalmente excisada.

A excisão deve ser suficientemente larga e suficientemente profunda para que inclua um bordo de tecido são em toda a superfície do corte.

2 - Quando o tamanho da lesão seja tal que a excisão completa se torne impossível, obter-se mostra representativa da lesão.

a - Seleciona-se aquela parte da lesão que demonstre todas as mudanças patológicas que se observam clinicamente. Se isto for impossível mediante um corte de tecido, seleciona-se várias zonas.

b - Tomam-se mostras delgadas e profundas e não mostras largas e rasas. Um fragmento superficial de tecido pode mostrar nada mais, que fenômenos degenerativos, inflamatórios ou necróticos.

c - A mostra deve incluir tecido dos bordos laterais e mais além destes o da base da lesão. Desta maneira, se poder-se seguir a transição do tecido são e enfermo. (GLICKMAN (6)).

- A Biopsia no diagnóstico das enfermidades gengivais e da mucosa

A biopsia gengival é importante para o diagnóstico de enfermidades de gengiva e mucosa.

O estudo microscópico de biopsias gengivais muitas vezes pode ser o único método de detecção de inter-relações locais e sistemáticas que não se podem discernir do ponto de vista clínico. Por exemplo na gengiva de 78% de pacientes com amiloidose, têm amilóide e muitos deles não apresentam alterações gengivais clínicas.

Além de diferenciar entre os tipos de hiperplasia gengival, a biopsia de gengiva é indispensável quando se suspeita a presença de enfermidades como gengivite descamativa, penfigo benigno das mucosas ou líquen plano.

A biopsia deve incluir gengiva marginal e inserida. (GLICKMAN (6)).

1.2. Citologia esfoliativa

A citologia esfoliativa é um procedimento diagnóstico que consiste no exame microscópico de células obtidas por raspagem da superfície das zonas suspeitas ou por lavagem da cavidade bucal.

Prefere-se o primeiro método.

Sua segurança para o diagnóstico do câncer é de 86% comparado com 100% da biopsia.

A citologia não é um substituto da biopsia, mas é de valor quando por alguma razão é impossível se fazer a biopsia; para o exame de grandes grupos de indivíduos para a detecção de malignidade, sempre que a utilize junto com um exame cuidadoso na cavidade bucal.

É também usada no diagnóstico de lesões bolhosas e vesiculares.

Fazemos a citologia esfoliativa da seguinte forma:

- a - Separam-se duas lâminas e escreve-se (lápiz de chama) no lado oposto o nome, data e local da lesão;

- b - com espátula de madeira (abaixador de língua), faz-se, após a remoção das células superficiais, uma raspagem na superfície da lesão;
- c - o material é colocado nas lâminas preparadas para o exame microscópico e faz-se o esfregaço;
- d - colocam-se as lâminas em álcool etílico a 95% durante 15 minutos, após os quais são removidas e secas naturalmente;
- e - preenche-se uma pequena ficha com sumário da história clínica;
- f - protege-se as lâminas com papel plástico para enviá-las ao laboratório. (GLICKMAN (6) , MARCOS (13)).

2 - Ajudas de laboratório usadas no diagnóstico das enfermidades sistemáticas

Quando não é possível explicar a natureza e a gravidade da enfermidade gengival e periodontal por causas locais, tem que se explorar a possibilidade da existência de fatores sistemáticos contribuintes.

O dentista deve conhecer as manifestações bucais das enfermidades sistêmicas para que possa assessorar o médico a respeito do tipo de problema sistêmico que intervem no caso.

Numerosas provas de laboratório ajudam no diagnóstico das enfermidades sistemáticas (GLICKMAN (6)).

Hemograma

2.1. Fator sanguíneo

O exame de uma frotis corado de sangue revela in formação referente a:

- 1) morfologia, reação tintorial e natureza dos eritrócitos.
- 2) morfologia e também madureza dos diversos tipos de leucócitos.
- 3) presença de parasitas no sangue. (GLICKMAN (6)).

2.2. Contagem de eritrócitos (série vermelha)

Os valores normais de eritrócitos no homem variam de 4,5 a 6,2 milhões por mm^3 e 4,2 a 5,4 milhões por mm^3 na mulher (pessoas maiores de 13 anos).

O número de eritrócitos está diminuído em todas as anemias (exceto as cloróticas) e aumentado em todas as poliglobulias (policitemia, em torno de 7,0 milhões por mm^3).

Assim na anemia perniciosa oscila entre 1,5 a 2,5; na anemia hemolítica (icterícia hemolítica) entre 1,5 a 3; na anemia aplástica aguda, entre 1,0 a menos, na leucemia crônica, aproximadamente 4,2 e na leucemia aguda em torno de 1,0 milhão por mm^3 . (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

2.3. Conteúdo de hemoglobina

A hemoglobina total se mede com o método da Cian meta hemoglobina.

Os valores normais da hemoglobina variam com a idade e o sexo.

Para homens adultos são de $16 \pm 2,0$ g/100 ml sangue.

Para mulheres adultas : $14 \pm 2,0$ g/100 ml sangue. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

2.4. Contagem leucocitária (série branca)

Os valores normais variam de 5000 a 10.000 por mm^3 .

O aumento transitório de leucócitos é chamado de leucocitose.

A leucocitose linfocitária é um aumento da quantidade total de leucócitos com um predomínio da quantidade de linfócitos. Comumente se produz nas enfermidades inflamatórias crônicas, como tuberculose ou sífilis e no paludismo e enfermidade de Hodgkin.

A leucocitose neutrófila se observa em alguns estados patológicos,

- a) em enfermidades causadas por microorganismos pirógenos.

- b) necrose de tecidos, como por exemplo infarto do miocárdio.
- c) hemorragia aguda masiva.
- d) neoplasias malignas.
- e) gota.
- f) nefrite.

A leucocitose cosinófila (cosinófilia) se vê em:

- a) enfermidades parasitárias helmínticas.
- b) enfermidades alérgicas.
- c) enfermidade de Hodgkin.
- d) periarterite nodosa.
- e) enfermidade de pele, como penfigo e psoríase.

Leucemia -

O aumento de leucócitos pode chegar a 200000 ou mais por mm^3 de sangue.

A leucocitose da leucemia não é um estado transitório como nas leucocitoses anteriores; trata-se de um quadro permanente.

O crescimento incontrolado do tecido leucocitopoiético, segundo o tipo de célula, pode resultar numa leucemia mielógena, linfática ou monocítica. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Leucopenia -

Se chama leucopenia a redução da contagem leucocitária a menos de $5000/\text{mm}^3$.

Os termos leucopenia e granulocitopenia se usam indistintamente porque na maioria das vezes a célula que está reduzida é o granulócito.

Muitas são as enfermidades que apresentam leucopenia: infecções bacterianas como a febre tifóide, enfermidades virais como o sarampo, infecções por protozoos, neoplasias malignas, enfermidades alérgicas, leucemia aleucêmica e agranulocitose.

A agranulocitose é uma forma grave de leucopenia na qual os granulócitos podem estar completamente ausentes do sangue; e a contagem de leucócitos pode descer até vários centos/ mm^3 .

Em ausência de granulócitos, particularmente os neutrófilos, as infecções tendem a evoluir rapidamente, e têm às vezes um desenlace mortal. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

2.5. Eritrosedimentação

A eritrosedimentação é a velocidade com que os eritrócitos se sedimentam no sangue extraído.

A eritrosedimentação aumenta nas enfermidades que se caracterizam por destruição tissular generalizada, como na febre reumática, tuberculose, artrite, infarto do miocárdio e neoplasias malignas.

No geral a eritrosedimentação (método de Westergren)

Homem - 0 - 15 mm/hr

Mulher - 0 - 10 mm/hr

Meninos - normal ou pouco elevada em inflamações de natureza muito localizada. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

3 - Provas de laboratório empregadas para explorar a etiologia de hemorragias espontâneas ou excessivas

Tempo de coagulação

Tempo de coagulação é o tempo que demora o sangue em coagular uma vez extraído e colocada em um tubo de ensaio ou outro receptáculo.

O sangue para a determinação do tempo de coagulação se obtém mediante punção da pele ou veia.

O tempo normal de coagulação do sangue, tomado de uma punção do dedo é de dois a seis minutos. Pela técnica do sangue venoso (Lu-White) varia de 5 a 15 minutos. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Tempo de sangria

Tempo de sangria é o tempo que tarda em deter-se o sangramento de uma ferida pequena. No método de Duke para a determinação do tempo de sangria, se faz uma pequena ferida no lóbulo da orelha e se seca o sangue com um papel de filtro, a intervalo de 30 segundos, basta que cesse o sangramento.

Se toma como tempo de sangramento o intervalo entre a primeira gota e a última. O tempo normal é de 1 a 6 minutos, a maioria está entre 1 e 3 minutos.

Com o método de Ivy, que necessita do uso de um manguito, o tempo normal é de 1 a 9 minutos. (GLICKMAN (6) , MARCOS (13)).

Tempo de retração do coágulo

O tempo de retração do coágulo se define como o tempo que leva o coágulo sanguíneo em retrair-se nas paredes do tubo de ensaio onde foi colocado o sangue.

O fenômeno da retração se relaciona de certa maneira com as plaquetas, e independe do tempo de coagulação.

No geral o coágulo começa a retrair-se entre uns minutos e uma hora, uma vez formado. Coágulos defeituosos prolongados, indicam deficiência de plaquetas. (GLICKMAN (6), MARCOS (13)).

Teste de fragilidade capilar

A prova que se emprega com maior frequência na determinação do aumento da fragilidade capilar é a de Rumpel-Leede. No braço se toma a pressão e durante 8 minutos se mantém uma pressão entre sistólica e diastólica.

Quando ocorrem mais de 10 petéquias numa área circular de 10 cm, abaixo do manguito (entre este e a mão), isto sugere aumento da fragilidade capilar. (GLICKMAN (6)).

4 - Exploração de fatores etiológicos sistemáticos em pacientes com perda óssea excessiva

Quando se procuram problemas sistemáticos em pacientes com perda óssea alveolar rápida, impossível de explicar com base somente em fatores locais, tem que investigar a possibilidade de existência de uma enfermidade óssea metabólica.

Procedimentos usados:

- 1 - Radiografia do crâneo.
- 2 - Determinação de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina séricos.
- 3 - Função tiroídia.
- 4 - Estudos de laboratório para a detecção da diabete sacarina. (GLICKMAN (6)).

VIII -

2 - Utilidade da ficha Clínica

A ficha clínica tem muitas finalidades.

Uma delas é a identificação e a idade do paciente, fator esse muito importante em Periodontia. (LASCALA (10)).

LASCALA (10) e SCHLUGER (18) dizem que uma das finalidades é estabelecer um momento na história do paciente quando existiam os sinais e sintomas como foram registrados.

Estabelecer o diagnóstico inicial e juntamente com o exame radiográfico completo estabelecer o prognóstico e plano de tratamento a ser executado.

Fazer o registro de particularidades que possam estar influenciando o quadro clínico atual do paciente ou que poderão vir a modificá-lo (doenças sistêmicas, terapêutica ou medicamentos), ou ainda doenças que poderão alterar o andamento do tratamento (descrasias sanguíneas, pressão arterial elevada, cardiopatias, etc.).

Anotar a marcha do tratamento, os passos terapêuticos executados, as áreas em que foram realizados e a data dos mesmos.

A última finalidade é a previsão do tempo necessário para a realização do tratamento, juntamente com a previsão orçamentária do mesmo, o que pode ser feito após colhidos todos os dados acima mencionados. (LASCALA (10)).

FICHA CLÍNICA (modelo)

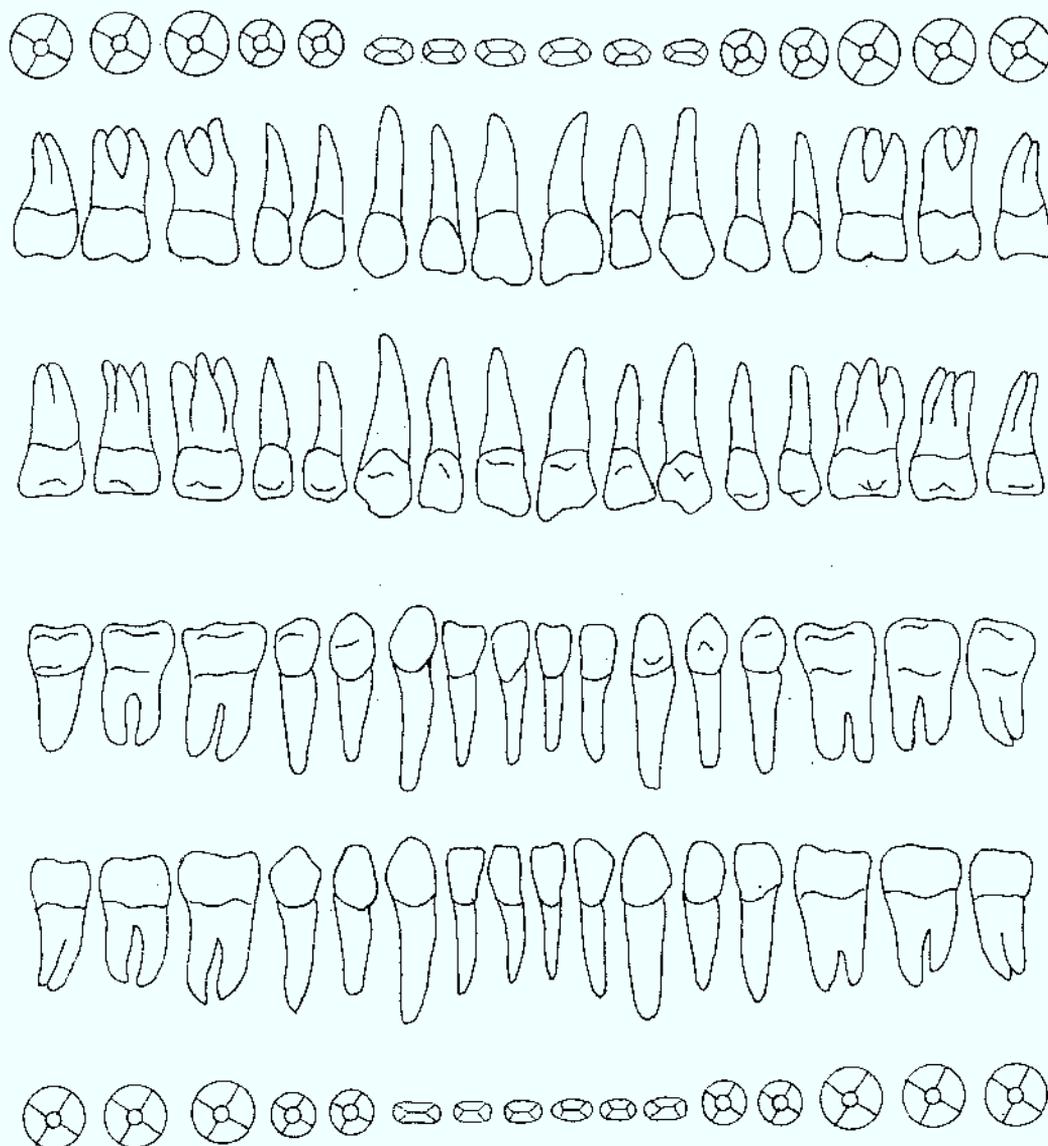
NOME: _____

Sexo: _____ Cor: _____ Idade: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____.

Data do Exame: ____/____/____.



SIMBOLOS

dente ausente I

para extração X

cárie ●

restauração ⊗

mobilidade ... I, II, III

extrusão ⊥

impacção ↓

margem gengival ~

recessão ∇

abscesso ☀

contato aberto ||

hiperplasia ^

ponte móvel ≡

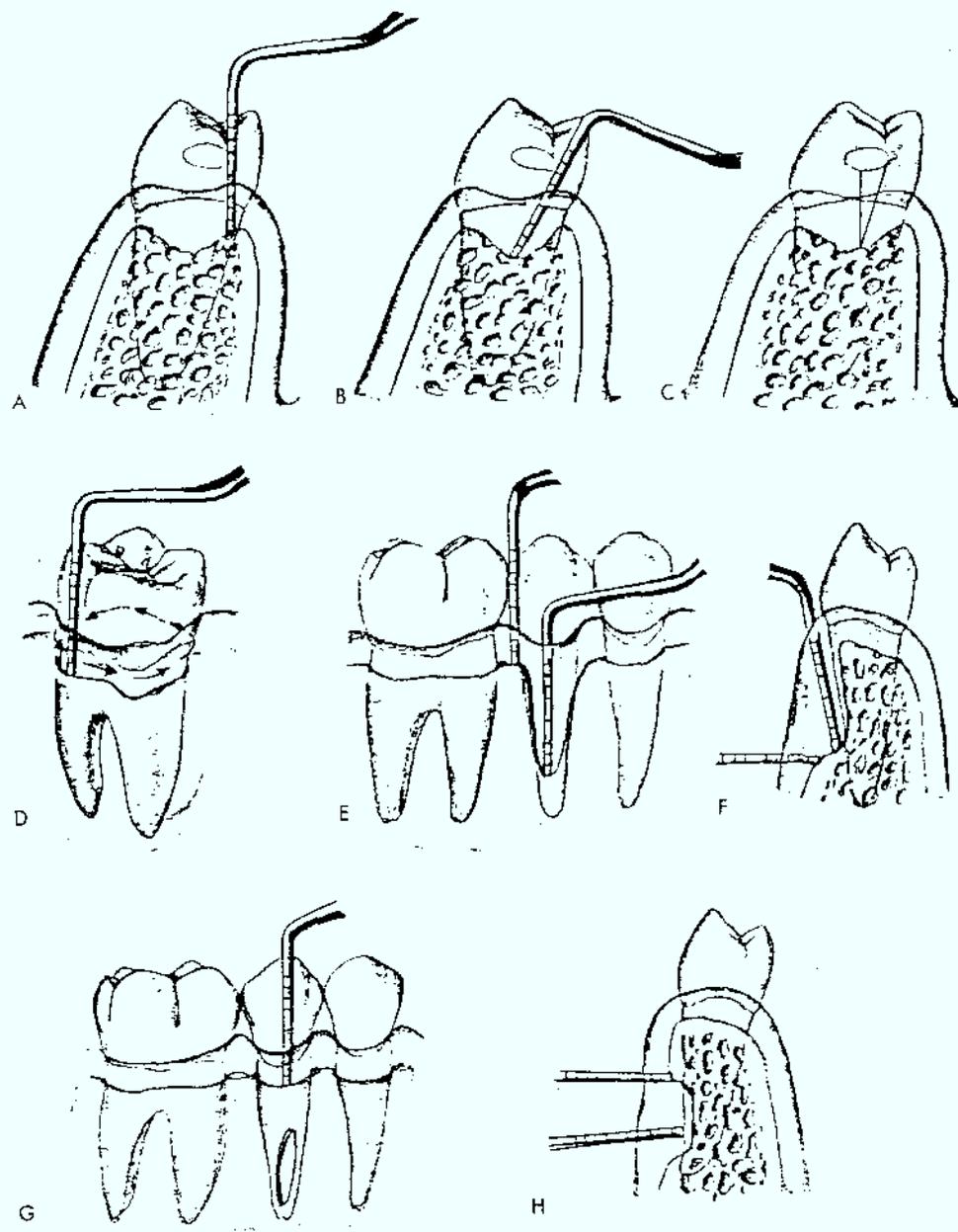
ponte fixa ≡

bolsas |

vitalidade positiva ... +

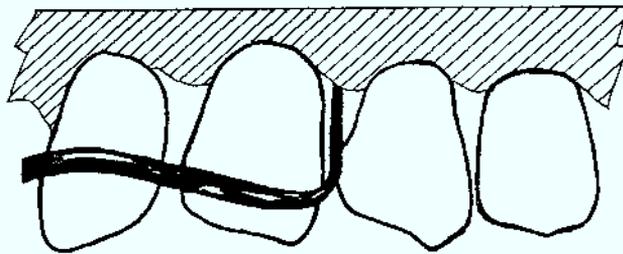
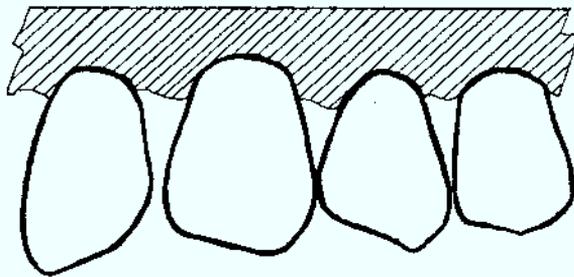
vitalidade negativa ... -

exposição de bifurcação ^



O USO DA SONDA PERIODONTAL.

A. Inserção vertical da sonda adjacente à área de contato resulta uma medida incorreta da profundidade da bolsa, visto que a ponta do instrumento atinge somente a crista da cratera óssea. B. Inserção adequada da sonda (alcançando a região mais profunda da destruição) e ainda tentando introduzir a sonda verticalmente, tanto quanto a zona de contato permite. C. Em uma bolsa de profundidade média de 8mm a diferença entre a medida vertical e a angulada é menos que 1mm. D. Sondagem da profundidade do sulco deveria ser circunferencial, não esquecendo, dessa forma, a área de base do sulco. E. As sondagens de desvios de bruscos de profundidade da bolsas. F. Sondagem e exame (sob anestesia) de uma deiscência para determinar sua extensão e espessura do osso marginal. G. Insegurança da sondagem de uma raiz com fenestração óssea. H. Incerteza da sondagem através da mucosa (anestesiada) para determinar a forma e a extensão da fenestração.



Sondagem de bolsas periodontais.

Região de canino e pré-molares (vista com espelho).

IX - CONCLUSÃO

Exame clínico é o exame completo de um paciente, que se faz quando iniciamos um tratamento.

É onde começa a relação entre paciente e profissional e deverá ser transmitido ao paciente calma, segurança, atenção para o problema e motivação para o tratamento.

É no exame clínico que vamos observar o paciente física e mentalmente, saber sua história sistêmica, se for necessário entrar em contato com seu médico ou pedir exames de laboratório, estabelecer sua história dentária, o início de sua doença atual e fazer um exame detalhado da cavidade oral, anotando tudo o que fugir das características normais.

A finalidade desse exame é conhecer a pessoa que vamos tratar saber se ela possui algum problema que influirá no tratamento e juntamente com o exame radiográfico, estabelecer o diagnóstico e o plano de tratamento.

X - BIBLIOGRAFIA

1. BASTOS, J.B.P. Medicina da boca. 2^a ed. Alfenas, Faculdade de Odontologia, 1967. Cap. 2, p. 23-135.
2. CARRANZA, F.A. Diagnóstico clínico. In: _____. Compendio de periodoncia. 3^a ed. Buenos Aires, Mundi, 1976. Cap. 8, p. 92 - 100.
3. CHERASKIN, E. Comunicação pessoal. 1957. Apud BASTOS, J.B.P., op. cit. ref. 1.
4. GLICKMAN, I. Película adquirida, matéria alba, resíduos de alimentos, cálculos dentários y pigmentaciones dentárias. In: _____. Periodontologia clínica. 4^a ed. México, Interamericana, 1974. Cap. 23, p. 284-306.
5. _____. El trauma de la eclusion en la etiologia de la enfermedad gengival e periodontal. In: _____. Periodontologia clínica. 4^a ed. México, Interamericana, 1974. Cap. 24, p. 320-55.
6. _____. Diagnóstico. In: _____. Periodontologia clínica. 4^a ed. México, Interamericana, 1974. Cap. 33, p. 468-507.

7. GLICKMAN, I. . Relaciones proteticoperiodontales. In: _____ . Periodontologia clínica. 4.^a ed. México , Interamericana, 1974. Cap. 54, p. 872-909.
8. LASCALA, N.T. Etiologia. In: _____ . Periodontia clínica. São Paulo, Artes Médicas, 1980. Cap. 10, p.139-57.
9. _____ . Exame e diagnóstico clínico e radiográfico. In: _____ . Periodontia clínica. São Paulo, Artes Médicas, 1980. Cap. 12, p. 181-99
10. _____ . Ficha clínica. In: _____ . Periodontia clínica. São Paulo, Artes médicas, 1980. Cap. 13, p. 201-10.
11. LITTRÉ. In: PEREIRA, A. Dicionário de sinônimos odontológicos, 1956. p. 21. Apud BASTOS, J.B.P., op. cit. ref. 1.
12. MARANON, G. Manual de diagnóstico etiológico. 11.^a ed. Madrid, Espasa Calpe, 1961. Apud. MARCOS, B., op. cit. ref 13.

13. MARCOS, B. Tratamento periodontal. In: _____. Periodontia. Um conceito clínico preventivo. 2.^aed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. Cap. 6, p. 260-99.
14. PRICHARD, J.F. Examen Periodontal. In: _____. Enfermedad periodontal avanzada. 3.^a ed. Barcelona, Labor, 1977. Cap. 2, p. 83-121.
15. SALES CUNHA, E. & NORONHA, W. Erosão dentária. Arq.Flum. Odont., 6: 46-8, 1973. Apud MARCOS, B., op. cit. ref. 13.
16. SCHLUGER, S. Traumatismo oclusal como um fator etiológico. In: _____. Periodontia. Fenômenos básicos, tratamentos e inter-relações oclusais e restauradoras. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. Cap. 5, p. 100-24.
17. _____. Depósitos dentários. In: _____. Periodontia. Fenômenos básicos, tratamentos e inter-relações oclusais e restauradoras. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. Cap. 6, p. 125-56.
18. _____. Exame e registro de dados. In: _____. Periodontia. Fenômenos básicos, tratamentos e inter-relações oclusais e restauradoras. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. Cap. 11, p. 247-81.

19. SCHLUGER, S. Procedimentos básicos do tratamento dentário que afetam o periodonto. In: _____. Periodontia. Fenômenos básicos, tratamentos e inter-relações oclusais e restauradoras. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. Cap. 26, p. 555-88.
20. SHAFER, W.H.; HINE, M.K.; LEVY, B.M. Text book of oral pathology. 3^a ed. Philadelphia, Saunders, 1974. Apud MARCOS, B., op. cit. ref. 13.
21. TIECKE, R.W. Oral pathology. New York, McGraw-Hill, 1965. Apud MARCOS, B., op. cit. ref. 13.
22. VIEIRA ROMEIRO. Semiologia Médica. 11^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1964. Tomo I. Apud MARCOS, B. op. cit. ref. 13.