

Universidade de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



1290004557

TCE/UNICAMP
B31m
FOP

MANUTENÇÃO NO TRATAMENTO PERIODONTAL

Monografia, como parte dos requisitos
do curso de Especialização em
Periodontia

ALDEMAR BATAGLIN

LUIZ ANTONIO CORSI

Coordenador : Prof. Dr. Antônio Wilson Sallum

Piracicaba - 1992

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

- Ao Professor Responsável pelo Curso de Especialização em Periodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Campinas, Dr. Antonio Wilson Sallum.
- As senhoras Maria Salete Ildefonso Bataglin e Simone Laghi Corsi, pelo apoio e colaboração para confecção deste trabalho.

SUMARIO

SUMARIO

- I . Introdução
- II . Revisão de Literatura
- III . Conclusão
- IV . Referências Bibliográficas

INTRODUÇÃO

I . INTRODUÇÃO

O determinante clínico mais importante na terapia periodontal não é a técnica (cirúrgica ou não cirúrgica) utilizada para a eliminação da infecção subgengival, mas sim a qualidade do programa de motivação, de manutenção e controle. (Padovani)

Manutenção é o conjunto de procedimentos e recursos que a terapeutica periodontal dispõe para conservar a higidez das estruturas gengivo-periodontais conseguidas através de seu tratamento, e como controle, as consultas periódicas que visam a supervisão dos resultados alcançados pelo tratamento periodontal e mantido pelo paciente. (Lascalla)

O objetivo principal da terapia de manutenção é estabelecer condições que conduzam a um futuro controle de placa ótimo e impedir a proliferação bacteriana subgengival, a fim de evitar ou reduzir ao mínimo a inflamação e a posterior perda de inserção periodontal. (J. Lindhe)

A manutenção da saúde periodontal exige, com frequência, um esforço considerável do paciente para a manutenção de um programa de higiene oral cuidadoso e perfeito, bem como um esforço considerável de parte da equipe de saúde dentária. Tal assistência profissional tem sido denominada de terapia de manutenção ou cuidado

de manutenção. O tratamento dado neste contexto pelo dentista a seu pessoal auxiliar tem sido chamado também de terapia de apoio. (J. Lindhe)

Diante do grande avanço em pesquisas e modificações dos conceitos da doença periodontal nos últimos 10 anos, tornou-se fácil levar um paciente à saúde periodontal, quando este colabora, pois foi suficientemente motivado e portanto, deixa de ter uma doença, passando simplesmente a controlar a sua saúde.

REVISAO DA LITERATURA

II . REVISAO DA LITERATURA

1 - A importância da manutenção periodontal cuidadosa seguida de terapia periodontal é abordada em muitos trabalhos que passam a ser relatados a seguir:

As meticolosas práticas pessoais de higiene oral combinadas com periódicos cuidados profissionais são os meios disponíveis atualmente de proteger a saúde periodontal. (21)

Tratamento de formas adiantadas de doença periodontal resultaram em condições periodontais clinicamente saudáveis e este estado de saúde periodontal pode ser mantido na maioria dos pacientes por um período de mais de catorze anos. (16)

Casos avançados de periodontite podem ser tratados com sucesso por métodos simples se o potencial de reparo do paciente é bom, e se as visitas de manutenção, regular e meticoloso controle de placa forem feitos. (29)

Estudos longitudinais de mortalidade dental em pacientes periodontais sofrendo tratamento de manutenção mostraram que dois terços do número de dentes são considerados bem mantidos e um terço em decadência ou extrema decadência sob o ponto de vista periodontal. (8, 30)

Terapia periodontal sem manutenção é de pouca valia em termos de restaurar a saúde periodontal. (30)

A análise racional fundamental é baseada na

consciência do paciente sem o qual, o total programa de saúde dental estaria em risco. (1)

Medidas rigorosas e contínuas de controle da placa mantiveram o estado periodontal. (11)

2 - Devemos dar início a manutenção após a terapia inicial em casos de periodontite, alterações de adaptação na forma gengival, contorno de osso e profundidade do sulco, podem ocorrer durante vários anos, porém, em termos de níveis clínicos de inserção, os resultados geralmente são bem estáveis depois de seis meses. Foi sugerido portanto que os primeiros seis meses após o término da terapia para eliminar bolsas periodontais devem ser considerados como "fase de cicatrização".

3 - O trabalho de manutenção deve ser ajustado às necessidades individuais de cada paciente, não só para economizar recursos como também porque a abordagem individual é mais eficiente. Contudo, é importante instituir uma rotina padronizada para o trabalho de manutenção, rotina esta que pode ser modificada para satisfazer cada caso individual. Seguindo-se uma rotina padronizada pode-se evitar omissões e as rotinas padronizadas possibilitam ao operador trabalhar mais eficientemente. A rotina de manutenção deve incluir:

3.1 - Exame e Avaliação:

a) Condições periodontais

- inflamação periodontal: o sangramento à sondagem, é limitado mas útil indicador de prognóstico em diagnóstico clínico para pacientes em fase de manutenção, na medida em que pode estabelecer risco à doença destrutiva como foi observado através da proporção:faces com sangramento / número de faces examinadas do dente. Incidência de 4/4 mostrou 30 % de chance de perda de inserção. (28)
- perda de Tecido Periodontal de suporte: é feito pela mensuração da margem gengival até o fundo da bolsa e da margem gengival até a junção cimento/esmalte.
- envolvimento de furcas e outros problemas especiais: os envoltimentos de furcas são mais bem sondados por meio de curetas.
- exames radiográficos: as radiografias também podem fornecer informações importantes relativas a uma possível progressão da doença periodontal.

b) Padrão de Controle de Placa do Paciente

- registro de placa residual: uma solução ou comprimidos de solução reveladora devem ser usados, pois desta maneira, qualquer placa remanescente se torna visível ao operador bem como ao paciente. Este método é útil na movimentação e instruções sobre as medidas de higiene oral.
- Fatores retentivos: tais como cálculos sub e supra gengivais devem ser avaliados meramente pelo registro

de sua localização.

3.2 - Tratamento de Apoio (quando necessário)

a) Informação e Reforço da Motivação

- os hábitos de higiene alteram-se com o tempo. Daí a necessidade do controle e manutenção no sentido de remover constantemente o paciente. (14,34)
- um total de 961 pacientes foram estudados, somente 16% cumpriram as recomendações da tabela de manutenção ; 49% fizeram manutenção irregular e 34% nenhuma manutenção. (15)
- a equipe de saúde deve observar e fazer considerações sobre as condições de saúde periodontal como modo de dar importância a esta situação. (39)
- na motivação do paciente, o incentivo através de elos positivos, geralmente funciona melhor do que a carga negativa de repreensão. (2,32)

b) Instruções sobre métodos de Controle da Placa

- instruções contínuas e repetitivas na higiene oral parecem ser o único modo de alcançar e manter níveis significativamente progressivos de limpeza oral (6) , mas de qualquer forma não se deve tornar o programa de controle de placa mais complicado do que o necessário para a manutenção de um periodonto sadio. (39)
- o fator mais importante na terapia periodontal é o nível de controle de placa que reflete a motivação do paciente para executar o programa de higiene oral; ou-

de os graus de compreensão e conhecimento, bem como a destreza manual, variam de paciente para paciente.
(33)

c) Raspagem e polimento

- em trabalho de manutenção, de 3 em 3 meses com limpeza profissional, analisamos tres grupos de pacientes com relação ao índice de placa (acima da média - médio abaixo da média) foi observado que profundidade de de bolsa e níveis de inserção foram mais favoráveis em pacientes com boa higiene oral do que com pobre higiene oral. Mas essas diferenças não foram significativas depois de 3 a 4 anos de cuidados de manutenção. (8)
Portanto o controle de placa eficiente é essencial para otimizar resultados durante a fase de cicatrização do tratamento periodontal; profilaxias periódicas podem prevenir perdas de inserção clínica sobre longo periodo de tempo, nivelando pacientes com nenhuma e com higiene oral perfeita com relação à saúde periodontal. (30)

d) Drogas usadas na manutenção para controle químico da placa

- a clorexidina em solução a 0,2% é conveniente, fácil e razoavelmente segura para bochechos. Quando é exigida higiene oral ideal, a clorexidina pode ser adjunto valioso quando as medidas mecânicas de controle de placa são particularmente difíceis. Sob a forma de bochechos, gel ou spray, a clorexidina também pode ser útil em

indivíduos com deficiência física ou mental. (39)

- Demonstrou-se que escovando-se com clorexidina gel influenciaram significativamente ambos, os sinais de higiene oral e inflamação gengival. O único efeito adverso foi a pigmentação em algumas faces do dente. (23)

- A avaliação dos efeitos da raspagem subgengival comparada a irrigação de bolsas subgengivais com a clorexidina 0,1% ou controle salino. Baseado nas observações clínicas e mudanças microbiológicas, irrigação subgengival de bolsas periodontais em intervalos de 1 mês. Foram efetivas a raspagem e aplainamento radicular ao mesmo ritmo. Clorexidina 0,1% não foi mais efetiva que o controle salino. (36)

3.3 - Tratamento da recidiva de gengivite e doença Periodontal pelo Profissional:

Apesar de estabelecidos critérios para a manutenção periodontal segundo os autores já vistos, os estudos atuais se direcionam na programação da terapia de manutenção de acordo com o risco à doença periodontal recorrente.

Para alguns autores, a doença periodontal tende a ser simétrica, bilateral e possui uma ordem predisposta de probabilidade de dentes perdidos, de acordo com a posição no arco. Dentre estes dentes de maior risco encontram-se os molares, ao contrário dos caninos inferiores.

res, os quais são os dentes que tendem a permanecer mais tempo na cavidade bucal. (1,3,10,24)

Pode ser possível manter efeitos bem sucedidos de terapia periodontal em pacientes com periodontites moderadas, com menos esforço pessoal e profissional do que o tradicionalmente recomendado. (14)

Avaliando algumas alterações a longo prazo de nível ósseo alveolar em sítios periodontais em tipos angular ou horizontal: o resultado a partir de índices demonstraram que o sítio com doença periodontal, seguindo tratamento periodontal ativo, durante o período de 5 a 16 anos de manutenção aparecem alterações de nível ósseo. Perdas adicionais de osso ocorreram igualmente. (32)

Sob condições experimentais a severidade da gengivite recorrente não influenciou significativamente a profundidade de bolsa e o nível de inserção. (7)

Uma comparação dos resultados microscópicos diferenciais das bactérias gengivais das superfícies afetadas dos dentes, com um exemplo associado de outras seis superfícies com a maior profundidade examinada na mesma boca, tomada na mesma ordem, não revelou diferenças pela bactéria (espiroquetas, bastonetes móveis e outros tipos de células). (13)

4 - Frequencia das consultas de manutenção:

Alguns autores expõem que através da "expe-

riencia clinica" as manutenções periodicas podem manter os niveis de inserção durante vários anos, mesmo em indivíduos cuja higiene bucal não é perfeita. (7,8,10,30)

Com relação a frequencia de retornos na terapia de manutenção, os autores advogam:

O intervalo entre visitas de manutenção é determinado por alguns fatores. Nestes se incluem a natureza e extensão do problema periodontal, o tipo de tratamento executado e categoria do programa de manutenção, o nível de cura, a eficiência, frequência e possível abuso do controle de placa (ex.: abrasão ou irritação tecidual). Outros fatores são a velocidade de formação do cálculo, o substrato sistêmico do paciente, sangramento ou exudação em sondagem e placa subgingival patogênica.(5)

A média suportada para visitas de tratamento de manutenção é de cada 3 meses. (6,9,12,30,37)

Por outro lado, o estudo que visa a comparação do estado clinico e microbiológico de dois grupos de pessoas com periodontites tratados com diferentes tabelas de manutenção: 1) 43 indivíduos controles foram feitos profilaxias a cada 3 meses; 2) 40 indivíduos test foram feitos profilaxia sobre a tabela flexível de acordo com a preparação espiroquetas ou bastonetes móveis, foram examinadas a cada 6 meses clinicamente microbiologicamente . A diferença proporcional entre os grupos não foi estatisticamente significativa. (26)

As manutenções a curto prazo são muito importantes para controle de traumas oclusais, e mesmo após os ajustes, os pacientes devem ser supervisionados, uma vez que as relações e hábitos oclusais podem mudar com o tempo. (19)

5 - Responsabilidades da Equipe Odontológica:

A responsabilidade da manutenção periodontal repousa basicamente sobre o clínico geral do paciente. É óbvio que o paciente tem sua responsabilidade, mas cabe ao dentista supervisionar-lhe os esforços para satisfazer os requisitos de uma limpeza dentária correta. É também responsabilidade do clínico geral diagnosticar e tratar a recidiva da doença, pelo menos até que o nível de gravidade e dificuldade do caso particular não ultrapasse a competência do dentista. Quando isto acontece, o paciente deve ser encaminhado a um periodontista para novo tratamento. O clínico geral deve receber do especialista uma avaliação por escrito sobre o controle de placa do paciente, prognóstico, áreas particulares de risco e também, preferencialmente, sugestões quanto aos cuidados futuros de manutenção e terapia de apoio. (39)

O profissional que não estiver estruturado para programar e executar um programa de manutenção, não deve iniciar o tratamento periodontal. (33)

CONCLUSAO

III . CONCLUSÃO

Atualmente a fase de manutenção e controle no tratamento periodontal se torna imprescindível para a obtenção de uma condição de saúde constante; se houver falhas tanto do profissional como do paciente, fatalmente teremos insucesso.

Os intervalos de tempo entre controles são estabelecidos através de um plano de manutenção que mostre o parâmetro de risco, em função da severidade da doença "versus" o grau de interesse do paciente, sendo que neste intervalo, mesmo para os pacientes que controlam a saúde, não deve ultrapassar o período de três meses.

Nós profissionais, devemos ressaltar a importância da motivação do paciente em relação à higiene bucal. Esta motivação deve ser reforçada pelo profissional a cada encontro correspondente aos controles periódicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

IV . REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 - GILSON, CM - Denture partial removivel on periodontal disease - Dent. Clin. North., 24 (1): 31-44, Jan, 1980.

- 2 - SABA-CHUJFI, E. e Cols. - A motivação do paciente com procedimento básico no tratamento periodontal.
Rev. Paul. Odont., 2 (6): 13-22, Nov-Dez. 1980.

- 3 - AXELSON, P. & LINDHE, J. - Effect controled oral hygiene procedures on caries and periodontal disease in adults. - J. Clin.Periodontol., 8 (3): 239 - 48 Jun. 1981.

- 4 - AXELSON, P. & LINDHE, J. - The significance care in the tratament of periodontal disease. J. Clin.Period. 8: 281 - 94, Aug. 1981.

- 5 - SCHALLHORN, RG. & SNIDER, LE - Periodontal maintenance therapy. - JADA., vol. 103: 227 - 32, Aug. 1981.

- 6 - SHICK, RA. et cols. - Maintenance phase of periodontal therapy. J.Periodontol, 52 (9): 576-83, Sep. 1981.

- 7 - MORRISON, EC. et cols. - Significance of gingivitis during thr maintenance phase of periodontal tratamen ts J.Periodontol., 31 - 4, Jan. 1982.

- 8 - RANFJORD, SP. - Oral hygiene and mainteance of periodontal suport. J.Periodontol, 26-30, Jan. 1982.

- 9 - CATON, J. - Maintenance of healed periodontal pockets after a single episode of root planing
J.Periodontol 420 - 3, Jul. 1982.

- 10 - MACFALL, WT. JR. - Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long term study.
J.Periodontal 53 (9): 539 - 49, Sep. 1982.

- 11 - ROSLING, B. - Periodontally Treated - dentitions their maintenance programs. - Int.Dent.J., 33 (2).

147 - 51, Jun. 1983.
- 12 - PHILSTRON, BL. et cols. - Comparison of surgical treatment of periodontal disease - J.Clin.Period. 10 : 524 - 41, Oct. 1983.
- 13 - LISTGARTEN, MA. - Comparative differential disk field microscopy of subgingival bacteria from surfaces with recent evidence recurring periodontitis and from nonaffected surfaces. J.Periodontol, 398 - 401, Jul 1984.

- 14 - MASON, WE. - An overview of the frequency compliance and long term success of periodontal maintenance phase of periodontal treatment. J.Periodontol, Aug. 1984.

- 15 - WILSON , TG. JR. et cols. - Compliance with maintenance of patients treated for advanced periodontal disease. J.Periodontol., Aug. 1984.

- 16 - LINDHE, J. & NYMANN, S. - Long term maintenance of

- patients treated for advanced periodontal disease. --
J. Periodontol., 11 (8) : 504 - 14, Sep. 1984.

- 17 - BECKER, W. et cols. - Periodontal treatment without
maintenance. A retrospective study in 44 patients.
J. Periodontol., 505 - 9, Sep. 1984.

- 18 - JOHANSSON, LA. - Evolution of cause-related periodon-
tal therapy and compliance with maintenance care re-
comendations. J.Clin.Periodontol., 11 (10) : 489 - 99

Nov. 1984.
- 19 - DEMICHELLI, G. - Recursos para o controle de placa
bacteriana. Estudo comparativo em humanos. Sao Paulo,
1984, 47p (tese-mestrado - Faculdade de Odontologia
da Universidade de São Paulo).
- 20 - IBIKUNLE, SA. - The implication of changing patterns
in oral health for the general practice of dentistry.
Int. Dent.J., 35 (1): 73 - 7, Mar. 1985.
- 21 - CORBIN,SB. - New opportunities enhancing oral health :
moving toward the 1990 objectives for the nation.
Public Health Rep., 100 (5): 515 - 24 Sep.1985.

- 22 - BAA, D. & WEINSTEIN, P. - Longitudinal evolution of a
self-inspection plaque index in periodontal recall
patients. - J. Clin. Periodontol., 13 (4): 313 - 8,

Apr. 1986.
- 23 - LIE, T. & ENERSEN, M. - Effects of clorexidina gel in
a group of maintenance care patients with poor oral --

in hygiene. J. Periodontol., 364 - 9, Jun. 1986.

24 - DEVORE, CH et cols. - Bone loss following periodontal therapy in subjects with routh frequent periodontal maintenance. J. Periodontol., 354 - 9, Jun. 1986.

25 - GOLDMAN, MJ. - Effect of periodontal therapy in patients maintained for 15 years or longer. A retrospective study. J. Periodontol., 347 - 53, Jun. 1986.

26 - LISTGARTEN, MA, et cols. - Failure of a microbial assay reability predict disease recurrent in a treated periodontitis population rewing regularly scheduled profilaxis. J. Clin. Periodontol., 13 : 768 - 73, 1986.

27 - LISTGARTEN, MA. - Comparative longitudinal study of 2 methods of scheduling maintenance visits 2 year data. J. Clin. Periodontol., 13: 692 - 700, 1986.

28 - IANG, NP et cols. - Bleeding on probing a predictor for thr progression of periodontal disease. J. Clin. Periodontol., 13: 590 -6, 1986.

29 - MOSKOW, BS. - Longivity a critical factor in evolution of the effectiveness of periodontal therapy. J. Clin. Periodontol., 14: 237 - 44, 1987.

30 - RANFJORD, SP. - Maintenance case for treated periodontitis patients. J.Clin. Periodontol., 14: 433 -7, 1987.

- 31 - LINDHE, J. - Tratado de Periodontologia Clínica

Editora Guanabara - Rio de Janeiro, 25: 433-48, 1988.
- 32 - PONTONIERO, R. et cols. - The angular bony defect in
the maintenance of the periodontal patients.
J. Clin. Periodontol., 15: 200 - 4, 1988.

- 33 - LASCALLA, NT. - Manutenção e controle. In Lascalla
NT. e Moussali NH. Periodontia Clínica., São Paulo,

Artes Médicas, p. 739, 1988.
- 34 - WASSERMAN, B. & HIRSCHFELD, L. - The relation ship of
initial clinical parameters to the long-term response
in 112 cases of periodontal disease. J.Clin.Periodontol.,

15 (1): 38 - 42, Jan 1988.

- 35 - CAFFESSE, RG. et cols. - Concentration of fibronectin
in the sera and crevicular fluid in various stages of
periodontal disease. J.Clin.Periodontol., 16: 359 -48

1989.
- 36 - SCHLAGENHAUT, U. et cols. - Subgingival irrigation in
the maintenance phase of periodontal therapy.
J.Clin.Periodontol., 17: 650 - 3, 1990.

- 37 - WILSSON, TG. JR; - Mainteining periodontal treatment.
JADA., vol. 121: 491 - 4, Oct. 1990.

- 38 - PADOVANI, MC. et cols. - Manutenção e controle no
tratamento periodontal. Rev. A. P. C. D., vol. 45 (2)

429 - 32, Mar-Abril, 1991.

39 - LINDHE, J. - Tratado de Periodontologia Clínica.

Editora Guanabara Koogan SA - Rio de Janeiro., 25:-
470 - 88, 1992.