

-EDILSON MENDONÇA DE BRITO - C.D.



1290004574

TCE/UNICAMP
B777e
FOP

· ESTADO ATUAL DOS ESTUDOS LONGITUDINAIS DA TERAPÊUTICA
DA BOLSA PERIODONTAL. (Curetagem Subgengival - Retalho
de Widman modificado - Eliminação cirúrgica da bolsa).

· Monografia apresentada à Faculdade
de Odontologia de Piracicaba - Uni
versidade Estadual de Campinas - Cur
so de Especialização em Periodontia
para obtenção do Título de Especia
lista.

O nome do orientador não está
especificado na obra

279

.PIRACICABA - 1981

A Amigo Salame,
Algunos carbonos se basan
en el hecho de competir directamente y que
el otro se vea para aumentar el
nivel de competencia.

A bolsa periodontal é uma extensão anormal, para apical, do sulco gengival, causada pela migração do epitélio junctional ao longo da raiz dental, uma vez que o ligamento periodontal encontra-se desorganizado pelo processo inflamatório.

Como a perda de inserção progride, resultando em bolsas periodontais profundas, a placa bacteriana adquire maior intimidade de relacionamento com a inserção epitelial. Em bolsas periodontais excedendo a 5 mm, a distância entre a placa bacteriana e a inserção epitelial pode ser menor que 0,2 mm. Se uma distância deveras pequena representa uma barreira quase intransponível para o profissional remover totalmente a placa bacteriana, imagine-se então para o paciente.

Se a placa bacteriana é responsável pela perda de inserção, e muito difícil de ser removida nestes casos, o estabelecimento de sulcos gengivais pouco profundos, através da eliminação da bolsa periodontal, seria um pré-requisito para o adequado controle da placa bacteriana dental.

O tratamento periodontal é a preservação da dentição natural em estado de saúde, portanto, devemos conseguir esse objetivo, prevenindo futuras destruições do sistema de sustentação dental, e, quando possível, promovendo a reconstrução da sustentação perdida.

Existem muitas variantes terapêuticas que visam esse objetivo, sendo, basicamente, estes procedimentos classificados em cirúrgicos e não cirúrgicos.

Por definição (WEBSTER, 1961), Cirurgia é "o ato e a arte de tratar injúrias e doenças, através de operações manuais". Desta forma, praticamente, sendo executado pelo cirurgião-dentista, podem ser considerados procedimentos cirúrgicos. Entretanto, costuma-se limitar o termo "cirurgia periodontal", para quando se intervêm, manipulando os tecidos moles ou duros ao redor do dente.

Os procedimentos não cirúrgicos incluem: curetagem subgengival e raspagem dental, que é a instrumentação da raiz dental, visando a remoção de concreções e, a eliminação de substâncias dentais (cimento) deterioradas. Embora, COHEN discuta ser a curetagem um procedimento não cirúrgico, uma vez que tecidos periodontais são incisados, os proponentes da corrente cirúrgica afirmam ser este procedimento, o método mais indi

cado para a preservação da dentição acometida por problemas periodontais.

Trabalhos têm comprovado que o tratamento da superfície radicular é mais importante para a manutenção do suporte periodontal, que várias técnicas cirúrgicas de manipulação dos tecidos adjacentes foram preconizadas (ZAMET, 1975).

A bolsa periodontal cria barreiras para os mecanismos de auto limpeza, bem como para os mecanismos de higiene bucal. Agentes químicos anti-placa, como a Clorexedina, têm demonstrado ineficazes para o controle da placa bacteriana subgingival.

WAERHAUG mostrou que a placa bacteriana não pode ser completamente removida quando a bolsa periodontal possui mais de 3 mm. Esta observação foi conseguida através de um trabalho envolvendo 84 dentes com bolsas periodontais, maiores ou iguais a 3 mm. A placa subgingival foi removida com curetas e outros instrumentos manuais. Posteriormente, estes dentes foram extraídos e analisados. A placa foi removida totalmente das quatro faces dos dentes, somente em 10% dos casos; a profundidade da bolsa era inversamente proporcional ao sucesso da remoção da placa.

A pequena ou grande quantidade de remanescentes de placa bacteriana subgingival não causaria reação inflamatória a níveis clínicos, se um bom controle da placa subgingival fosse instalado. WARHEAUG enfatiza que o tratamento que conserva uma profundidade residual da bolsa, só poderá ser avaliado após 5 anos, e durante este intervalo de tempo alguma perda de inserção poderá ser observada. O autor em questão sugere, ainda, que o controle da placa subgingival será mais eficiente, se a raspagem dental for reforçada rotineiramente.

RAMFJORD e colaboradores, da Universidade de Michigan, desenvolveram estudos onde foi demonstrada a possibilidade de preservação do sistema periodontal, através de curetagem subgingival acompanhada de manutenção (revisão) periódica. Estes estudos foram propostos com o objetivo de demonstrar que a eliminação da bolsa (cirurgicamente) não era vital para a manutenção do suporte periodontal.

O primeiro trabalho do grupo da Universidade de Michigan foi publicado em 1968. Neste trabalho comparou-se os re

sultados da curetagem subgengival e da eliminação cirúrgica das bolsas periodontais, em relação às mudanças de níveis de inserção e redução da profundidade. No presente trabalho todos os pacientes, num total de 44, envolvendo 729 dentes, receberam raspagem dental, orientações de higiene bucal e ajuste oclusal. Durante os primeiros dois anos de estudo, metade dos pacientes (Grupo I) foi tratado com curetagem subgengival, enquanto a outra metade (Grupo II) foi submetida a eliminação cirúrgica das bolsas com mais de 3 mm. Os procedimentos cirúrgicos consistiam de gengivectomias, para bolsas que podiam ser eliminadas conservando-se gengiva inserida e sem apreciável remoção óssea; retalhos reposicionados foram usados para bolsas que se estendiam a nível da mucosa alveolar e também em áreas palatinas; retalhos foram usados, quando precisava-se intervir em tecido ósseo, para obter-se melhor arquitetura gengival.

Os pacientes retornavam a cada três meses para receberem profilaxias, e nesta oportunidade reforçava-se a motivação. Uma vez ao ano era realizado levantamento radiográfico.

Os resultados de 32 pacientes que seguiram o tratamento até o final, foram analisados estatisticamente. As diferenças nas médias de Índice de Doença Periodontal, medidas antes e depois do tratamento, foram utilizados para medir os níveis de inserção. Analisando-se todos os casos, percebe-se um significativo ganho de inserção através da curetagem subgengival; pacientes tratados por técnicas cirúrgicas tiveram uma acentuada perda de inserção durante o período.

Casos tratados cirurgicamente resultaram em menor profundidade do sulco após o primeiro e último exame. Quando variações na média das distâncias mesiais, desde a junção cimento-esmalte até o fundo da bolsa, eram comparadas, não se perceberam diferenças, estatisticamente significantes, entre os dois procedimentos terapêuticos.

RAMFJORD et alii, concluíram que: embora procedimentos cirúrgicos reduzam melhor a profundidade da bolsa, que a curetagem subgengival em dentes com bolsas maiores que 6 mm se revestiram de sucesso, além de apresentarem significativos ganhos de inserção.

É importante frisar que, a partir do terceiro ano do

presente estudo, os autores lançaram mão de um procedimento que foi denominado "split mouth", onde, num mesmo paciente, era executada qualquer uma técnica terapêutica, ou seja, numa hemi-arcada, por exemplo, realizava-se uma gengivectomia, enquanto em outra executava-se curetagem subgengival, e assim por diante. Assim sendo, as variações dos resultados serão mínimas.

Em 1973, o grupo de Michigan volta a publicar outro trabalho realizado em 104 pacientes que estavam sendo tratados desde junho de 1961 a janeiro de 1972, num total de 2.604 dentes. Perderam-se 53 dentes durante esse período, e no entanto, menos de 1% foram extraídos por problemas periodontais.

Nesta oportunidade percebeu-se que a progressão da doença periodontal estava relativamente controlada durante um período de 3 anos de pós-operatório, independente da modalidade de tratamento (Tabela I). A principal excessão era no aspecto vestibular, onde houve significativa perda de inserção (Tabela II). As diferenças em níveis de inserção são mais perceptíveis quando áreas interproximais são analisadas separadamente (Tabela III), uma vez que estas áreas são as que detêm as bolsas periodontais mais profundas. Após 3 anos, a curetagem subgengival obteve melhores resultados que a eliminação cirúrgica (Tabela I). Entretanto, entre 4 a 7 anos, havia uma perda de inserção estatisticamente significativa de 0,3 mm por face. A perda de inserção após longo tempo não apresentava diferenças entre a curetagem subgengival e a eliminação cirúrgica. Esta perda de inserção foi bem demonstrada no presente trabalho, e, é de vital importância para que os estudos longitudinais não se limitem a um período menor que 3 anos.

Do presente trabalho podemos concluir:

- a) em pouco tempo (de 1 a 3 anos) o ganho de inserção através da curetagem foi bem pronunciado.
- b) havia tendência de perda de inserção, tanto com a curetagem como com os procedimentos cirúrgicos, entre 3 e 5 anos.
- c) entre 4 e 7 anos, os níveis de inserção não apresentaram diferenças entre a curetagem e a cirúrgica.

d) a perda dental, por problemas periodontais, foi mínima durante o tratamento.

Uma significativa redução na profundidade ocorreu com ambos os procedimentos (Tabela IV), entretanto um gradual retorno de profundidade foi observado, sem que apresentasse diferenças significativas após 7 anos. A redução significativa foi interproximal (Tabela V), e a menos significativa foi por Vestibular (Tabela VI).

TABELA I

Ganho ou perda (-) total de inserção para curetagem e cirurgia, em milímetros.

ANOS	CURETAGEM		DIFERENÇA	CIRURGIA	
	Pacientes	Média		Pacientes	Média
1	48	0,90	1,40	58	-0,50
2	45	0,38	1,08	57	-0,70
3	37	0,62	1,01	47	-0,39
4	19	-0,73	0,89	30	-1,62
5	12	-2,06	0,38	13	-2,44
6	9	-2,31	0,31	9	-2,62

TABELA II

Perda de inserção por Vestibular através de curetagem e cirurgia, em milímetros.

ANOS	CURETAGEM		DIFERENÇA	CIRURGIA	
	Pacientes	Média		Pacientes	Média
1	50	-0,10	0,30	60	-0,40
2	46	-0,28	0,17	58	-0,45
3	38	-0,25	0,27	48	-0,52
4	20	-0,66	0,14	32	-0,80
5	14	-0,73	0,28	15	-1,01
6	10	-0,96	0,27	10	-1,23

TABELA III

Ganho ou perda (-) de inserção interproximal através de curetagem e cirurgia, em milímetros.

ANOS	CURETAGEM		DIFERENÇA	CIRURGIA	
	Pacientes	Média		Pacientes	Média
1	48	0,69	0,59	58	0,10
2	45	0,45	0,53	57	-0,08
3	37	0,69	0,41	47	0,28
4	19	0,01	0,29	30	-0,28
5	12	-0,56	0,30	13	-0,86
6	9	-0,52	0,21	0	-0,73

TABELA IV

Redução ou aumento (-) total da profundidade das bolsas, através de curetagem e cirurgia, em milímetros.

ANOS	CURETAGEM		DIFERENÇA	CIRURGIA	
	Pacientes	Média		Pacientes	Média
1	50	3,85	1,22	60	5,07
2	46	3,02	0,89	58	3,91
3	38	2,72	0,65	48	3,37
4	20	1,82	0,41	32	2,23
5	14	0,25	1,64	15	1,89
6	10	-0,10	1,41	10	1,31

TABELA V

Redução da profundidade das bolsas interproximais através de curetagem e cirurgia, em milímetros.

ANOS	CURETAGEM		DIFERENÇA	CIRURGIA	
	Pacientes	Média		Pacientes	Média
1	50	2,53	0,63	60	3,16
2	46	2,02	0,48	58	2,50
3	38	1,95	0,26	48	2,21
4	20	1,44	0,20	32	1,64
5	14	0,70	0,74	15	1,44
6	10	0,71	0,66	10	1,37

TABELA VI

Redução ou aumento (-) da profundidade das bolsas vestibulares, através de curetagem e cirurgia, em milímetros.

ANOS	CURETAGEM		DIFERENÇA	CIRURGIA	
	Pacientes	Média		Pacientes	Média
1	50	0,48	0,23	60	0,71
2	46	0,37	0,12	58	0,49
3	38	0,25	0,07	48	0,32
4	20	-0,07	0,01	32	0,06
5	14	-0,31	0,21	15	-0,10
6	10	-0,42	0,12	10	-0,30

Em 1975, RAMFJORD et alii publicaram resultados de 5 (cinco) anos de observações sobre curetagem subgengival, retalho de Widman modificado e eliminação cirúrgica da bolsa periodontal. Esta foi a primeira demonstração dos resultados do retalho de Widman modificado, que está mais especificamente indicado para obtermos reinserção, que as técnicas de eliminação cirúrgica da bolsa. O trabalho foi baseado nos resultados de 69 pacientes, que foram tratados durante o período compreendido entre 1967 e 1969.

A curetagem subgengival demonstrou resultados de ganhos de inserção nas faces proximais, após os três primeiros anos, enquanto o retalho de Widman modificado demonstrou ganho em torno de 5% nos primeiros anos; e, a cirurgia resultou em pouca perda de inserção, o que era estatisticamente insignificante.

Quando as faces mesial e distal eram comparadas, em níveis de inserção, havia uma diferença estatisticamente significativa em torno de 5% entre os resultados dos três métodos, somente ao final do primeiro ano. A redução da profundidade nas faces mesial e distal era estatisticamente significativa em torno de 1%, para todos os métodos, por 5 anos. Havia uma gradual e significativa perda de inserção vestibular através dos três métodos. Não existe uma explicação para este achado, que, possivelmente, estaria associado com envolvimento de bibrurções.

Estes resultados confirmam que a curetagem subgengival promove melhores resultados sobre os níveis de inserção, porém é pouca efetiva na eliminação da bolsa, enquanto que a cirurgia reduz melhor a profundidade desta, mas é pouco eficaz na manutenção da inserção, ao mesmo tempo que os resultados do retalho de Widman modificado se situa entre as duas técnicas anteriores.

RAMFJORD concluiu que a seleção do tratamento seria feita baseada na estética, exposição radicular e potencial de higiene bucal e manutenção do paciente.

Ganho ou perda de inserção interproximal, em milímetros.

ANOS	PACIENTES	MÉDIA
C U R E T A G E M		
1	49	0,68
2	49	0,42
3	39	0,44
4	34	0,02
5	26	0,04
WIDMAN MODIFICADO		
1	38	0,43
2	42	0,18
3	29	-0,02
4	37	-0,08
5	21	0,20
C I R U R G I A		
1	59	0,09
2	63	-0,12
3	55	-0,06
4	49	-0,40
5	31	-0,18

Redução da profundidade das bolsas interproximais, em milímetros

ANOS	PACIENTES	MÉDIA
------	-----------	-------

C U R E T A G E M

1	51	2,50
2	50	1,96
3	40	1,84
4	35	1,42
5	28	1,26

WIDMAN MODIFICADO

1	38	2,73
2	42	2,29
3	29	1,92
4	37	1,86
5	21	1,89

C I R U R G I A

1	61	3,14
2	64	2,45
3	56	2,22
4	51	1,87
5	34	1,77

Perda de inserção vestibular, em milímetros.

ANOS	PACIENTES	MÉDIA
C U R E T A G E M		
1	51	-0,11
2	50	-0,29
3	40	-0,33
4	35	-0,50
5	28	-0,61
WIDMAN MODIFICADO		
1	38	-0,22
2	42	-0,34
3	29	-0,48
4	37	-0,46
5	21	-0,48
C I R U R G I A		
1	61	-0,41
2	64	-0,46
3	56	-0,56
4	51	-0,74
5	33	-0,74

Redução ou aumento (-) da profundidade das bolsas vestibulares, em milímetros.

ANOS	PACIENTES	MÉDIA
------	-----------	-------

C U R E T A G E M

1	51	0,48
2	50	0,38
3	40	0,24
4	35	0,10
5	28	-0,07

W D I M A N M O D I F I C A D O

1	38	0,68
2	47	0,53
3	29	0,32
4	37	0,37
5	21	0,26

C I R U R G I A

1	61	0,71
2	64	0,51
3	56	0,35
4	51	0,19
5	34	0,05

Ganho ou perda de inserção lingual, em milímetros.

ANOS	PACIENTES	MÉDIA
C U R E T A G E M		
1	49	0,33
2	49	0,14
3	39	0,10
4	34	-0,09
5	26	-0,32
WIDMAN MODIFICADO		
1	38	0,02
2	42	-0,17
3	29	-0,33
4	37	-0,34
5	21	-0,34
C I R U R G I A		
1	59	-0,20
2	63	-0,25
3	55	-0,29
4	49	-0,48
5	22	-0,44

Redução da profundidade das bolsas linguais, em milímetros.

ANOS	PACIENTES	MÉDIA
C U R E T A G E M		
1	51	0,82
2	50	0,62
3	40	0,54
4	35	0,50
5	28	0,23
WIDMAN MODIFICADO		
1	38	1,02
2	42	0,77
3	29	0,61
4	37	0,58
5	21	0,47
C I R U R G I A		
1	61	1,20
2	64	0,90
3	56	0,86
4	51	0,65
5	34	0,52

Em 1977, RAMFJORD voltou a publicar evidências em favor da curetagem subgengival e do retalho de Widman modificado, sobre a eliminação cirúrgica da bolsa periodontal. Desta feita, foi concluído que o grupo submetido a cirurgia tinha uma maior perda de inserção que os casos tratados com retalho de Widman modificado e curetagem subgengival. Entretanto, observou-se que as diferenças não foram estatisticamente significantes, quando a média de valores por pacientes foram comparadas. Nesta oportunidade RAMFJORD apresentou as seguintes conclusões:

a) para dentes com bolsas entre 4 a 6 mm, o nível de inserção é igualmente bem mantido e a profundidade similarmente reduzida com qualquer técnica.

b) cirurgia provoca mais perda de inserção, desconforto e desfiguração, que as demais técnicas em questão.

c) em bolsas entre 6 e 12 mm, houve resultados similares, com respeito à redução de profundidade e níveis de inserção, nas três técnicas utilizadas.

d) nestes casos, a cirurgia não apresentava bons resultados, em termos de prognóstico, como a curetagem e o retalho de Widman modificado.

e) o procedimento mais importante na terapêutica da bolsa periodontal, não é a eliminação dos tecidos moles e duros das paredes da mesma, mas deixar a superfície radicular biologicamente compatível com os tecidos vizinhos, dificultando a neoformação de placa, através da adaptação dos tecidos e os frequentes retornos para o controle e manutenção.

Desta forma o grupo de Michigan conseguiu demonstrar que a bolsa periodontal com mais de 3 mm de profundidade poderia ser tratada por outros métodos que não a eliminação cirúrgica, desde que a superfície radicular fosse convenientemente tratada e a formação de placa fosse prevenida. Concluíram, também, que a seleção da terapêutica indicada para cada caso, seria baseada na habilidade do profissional, tempo requerido, - considerações estéticas e funcionais e mínima perda e desconforto para o paciente.

RAMFJORD publicou ainda, um trabalho relacionado à terapia periodontal com o tipo de dente. Partindo do princípio

que certos dentes ou grupos de dentes são mais propensos a desenvolver a doença periodontal, observa-se que os incisivos inferiores e molares superiores são mais suscetíveis. Não se sabe, porém, se esta propensão também é a mais difícil de responder à terapêutica; possivelmente, o detalhe anatômico específico e a dificuldade de acesso para a terapia, bem como higiene bucal deficiente, afetam o prognóstico dessa terapia. Pode ser, também, que bolsas de igual severidade, em diferentes áreas da boca, respondam de formas diferentes à terapia.

Neste trabalho, foram utilizados 78 pacientes acompanhados, durante 8 anos. Os dentes foram divididos em seis grupos:

- 1- Molares Superiores
- 2- Molares Inferiores
- 3- Premolares Superiores
- 4- Premolares Inferiores
- 5- Anteriores Superiores
- 6- Anteriores Inferiores

A média de redução ou progresso, na profundidade da bolsa, e ganho ou perda de inserção, são relatados com base em grupos de bolsas de três categorias de severidade: 1-3 mm, 3-6 mm, 7-12 mm.

Para bolsas de 1-3 mm as diferenças nas respostas ao tratamento, através do tempo, foram pequenas. A profundidade foi reduzida mais significativamente nos incisivos inferiores que nos molares superiores.

As diferenças entre molares superiores e premolares inferiores foram significantes por 7 dos 8 anos, e, nos molares superiores e premolares superiores por 4 anos.

Não havia diferença entre premolares superiores e premolares inferiores. Anteriores superiores e inferiores apresentaram resultados bastante diversos.

Em 1980, RAMFJORD publicou um trabalho relatando os resultados da "Fase Higiênica". O ^{problema} prognóstico do trabalho em questão, era verificar o efeito da "fase higiênica" em 90 pacientes com algumas bolsas estendendo-se por 4 ou mais milímetros apicalmente, a partir da junção cimento-esmalte. As profundidades iniciais das bolsas e níveis de inserção foram men

surados por sondagem em todos os 2.355 dentes em questão. Ras_uragem, instruções de higiene bucal e ajuste oclusal foi com_opletado durante 4 ou 6 sessões para cada paciente.

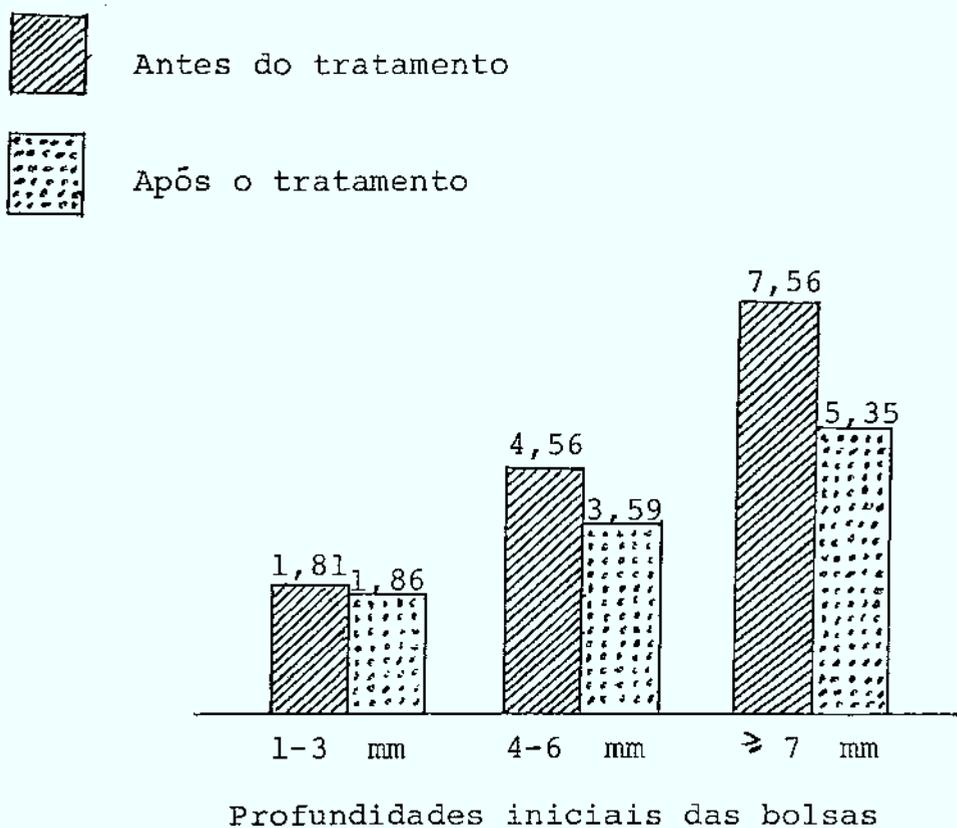
Quatro semanas após a complementação da "fase higiê_nica" todas as variáveis eram recordadas. As médias de profun_didade para bolsas dividiram-se em três grupos antes do trata_mento: 1-3 mm, 4-6 mm e maior ou igual a 7 mm, e foram compa_radas com as medidas de pós "fase higiênica".

A profundidade diminuiu significativamente para bol_sas estendendo-se por 4 ou mais mm. Para bolsas entre 4-6 mm, havia uma média de diferença entre $0,96 \pm 0,47$ mm, entre o pré e pós operatório. Para bolsas de 7 ou mais mm, a média de di_ferença era de $2,22 \pm 1,35$ mm. Reduções nas profundidades das bolsas e modificações nos níveis de inserção eram relaciona_dos com o nível inicial da severidade da doença. A redução da profundidade era em parte responsável pela modificação dos ní_veis de inserção.

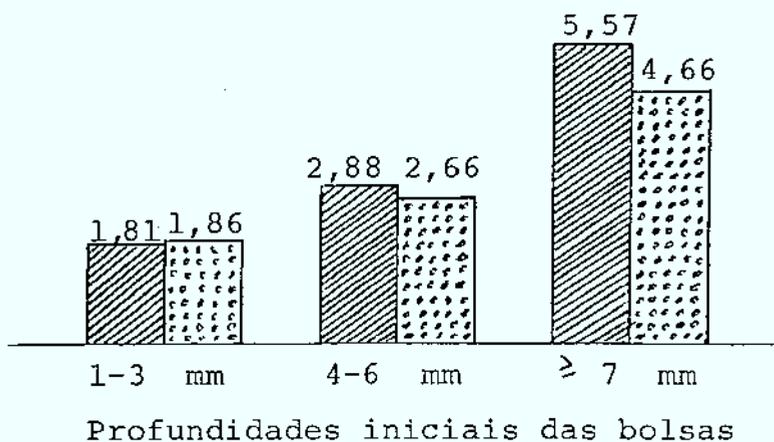
Este método mostrou que a severidade clínica da doen_ça é reduzida significativamente, um mês após a "fase higiê_nica", e a necessidade de tratamento cirúrgico da bolsa será uma complementação desta importante fase.

Nunca é demais lembrar que RAMFJORD divide o trata_mento periodontal em: Fase higiênica ou pré-cirúrgica e fase cirúrgica ou corretiva (RAMFJORD e ASH, 1979).

Média da profundidade das bolsas em 90 pacientes, antes e após a "Fase higiênica".



Média da perda de inserção, em milímetros, em 90 pacientes, antes e após a "Fase higiênica".



C O N C L U S ã O

O conceito da eliminação cirúrgica, para bolsas maiores que 3 mm, está baseado no princípio, de que a placa subgengival é a causa da perda progressiva dos tecidos periodontais. LOE et alii, comprovaram que removendo-se a placa dental, pode-se prevenir ou reverter a gengivite em humanos. LIN DHE et alii, demonstraram que a perda progressiva de inserção associada com a periodontite, pode ser controlada e parcialmente revertida, por procedimentos cirúrgicos, quando acompanhados de boa higiene bucal.

WARHEAUG enfatizou o desenvolvimento da placa dental na formação da bolsa periodontal e progressiva perda de inserção. Este pesquisador sugere que a intimidade espacial da placa dental com a bolsa, é a responsável pela migração para apical da inserção epitelial. Além disso, sugere ainda, que a proximidade da placa dental com o fundo da bolsa, torna a remoção total desta placa extremamente difícil. WAERHAUG concluiu afirmando que: enquanto não forem desenvolvidas técnicas para eliminar-se totalmente a placa dental subgengival, a eliminação cirúrgica da bolsa periodontal é a melhor solução para as periodontopatias avançadas.

Enquanto muitos clínicos advogam a eliminação cirúrgica da bolsa, como a forma mais eficaz de promover um excelente remoção da placa dental subgengival, e prevenir futuras perdas de inserção, poucos estudos longitudinais dão subsídios a esta justificativa.

RAMFJORD demonstrou que a perda progressiva de inserção não está necessariamente associada com a bolsa periodontal residual, durante a manutenção do tratamento periodontal. O autor em questão, frisa ainda, a importância de conseguirmos uma superfície radicular biologicamente compatível aos tecidos adjacentes. Afirma ainda, ser o controle suplementar da placa dental, realizado pelo profissional, mais importante do que o tipo de procedimento terapêutico utilizado.

Desde que um adequado controle da placa dental esteja mantido, RAMFJORD recomenda o retalho de Widman modificado e a curetagem subgengival, sobre a eliminação cirúrgica da bol

sa periodontal.

RAMFJORD concluiu que a seleção dos procedimentos terapêuticos usados dependerão da habilidade do profissional, tempo requerido e considerações estéticas e funcionais.

PREICHARD diz que o retalho de Widman modificado, usado pelo grupo de Michigan, é uma técnica clinicamente muito difícil de ser executada. Afirma ainda, que este procedimento usualmente requer gengivoplastia pós cirúrgica, para remover-se o excesso de papila que é necessitado para a técnica de sutura. Outra desvantagem relatada por PREICHARD, refere-se ao excessivo tempo requerido para a sutura, o que supostamente, resulta em longo tempo de exposição óssea, com a consequente reabsorção.

Os vários estudos relacionados com a eficiência dos diferentes procedimentos terapêuticos, enfatizam a importância do ótimo controle da placa bacteriana dental.

NYMAN et alii. afirmam que quando a doença periodontal é tratada em pacientes sem ótima higiene bucal, o resultado tende ao fracasso. Os pacientes que tiveram seus dentes limpos pelo profissional a cada duas semanas mantiveram um ótimo índice de higiene bucal, e seus tratamentos se revestiram de sucesso. O grupo teste tinha índice de placa igual a 0,2 após 6 meses; 0,3 após um ano e 0,1 após dois anos do pós cirúrgico. Este trabalho evidenciou que o controle da placa determina o sucesso ou fracasso da terapêutica periodontal.

Boa higiene bucal é considerada, quando o índice de placa é igual ou menor que 0,4 e higiene bucal pobre, quando o referido índice é igual ou maior que 1,0.

RAMFJORD enfatiza que a chave do sucesso do tratamento periodontal é a ótima saúde das bolsas tratadas, conseguida através da prevenção da placa bacteriana dental.

BIBLIOGRAFIA

- 01 - LINDHE, J. e NYMAN, S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. J. Clin. Periodont.,2:67-79, 1975.
- 02 - RAMFJORD, S.P. et alii. Subgingival curetage versus surgical eliminatio of periodontal pockets. J.Periodont., 39:167-175, 1968.
- 03 - _____ et alii. Longitudinal study of periodontal therapy. J. Periodont.,44:66-77, 1973.
- 04 - _____ et alii. Results following three modalites of periodontal therapy. J. Periodont.,46:522-6, 1975.
- 05 - _____ Present status of modified Widman flap procedure. J. Periodont.,48:558-65, 1977.
- 06 - _____ Surgical pocket therapy. Int. Dent. J., 27: 263-9, 1977.
- 07 - MORRINSON, E.C. et alii. Short-term effects initial, non surgical periodontal treatment (higieni phase). J-Clin. Periodont.,7:199-211, 1980.
- 08 - WEEKS, P.R. Pros an cons of periodontal pocket elimination procedures. The J. Western Soc. Periodont. Pe riodontal abstracts.:28(1), 1980.
- 09 - WINSLOW, M. A report on "Longitudinal results following various forms of periodontal treatment" as presented by Sigurd P. Ramfjord. J. Periodont.,41-8, 1970.
- 10 - ZAMET, J.S. A comparative clinical study of tree perio dontal surgical techniques. J. Clin. Periodont., 87-97, 1975.