



TCE/UNICAMP
C544p
FOP

LUIZ ANTONIO CLARINDO

PROGNÓSTICO DA DOENÇA PERIODONTAL

TRABALHO APRESENTADO AO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PERIO
DONTIA NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA-UNICAMP

PROF. ORIENTADOR:- DR. ANTONIO WILSON SALLUM

P I R A C I C A B A

* 1 9 8 5 *

Quero agradecer aqui,

aqueles que, neste pequeno
espaço de tempo, me ajudaram.

Obrigado, aos professores, cole-
gas, funcionários e pacientes.

S U M Á R I O

Pág.

1. CONCEITO	03
2. CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS	04
3. CONCEITO DE CURA NA DOENÇA PERIODONTAL	05
4. O PACIENTE E O PROGNÓSTICO	06
5. PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM ENFERMIDA- DE GENGIVAL	07
6. PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM ENFERMIDA- DE PERIODONTAL	08
6.1. Bases para o Prognóstico	08
6.2. Fatores de um mal Prognóstico	10
6.3. Conceito de Fator Ósseo	11
6.3.1. Conceito de Fator Ósseo na Enfermidade Periodontal	11
6.3.2. Conceito de Fator Ósseo sobre a Natureza da Enfermida de Periodontal	12
6.3.3. Significado Clínico de Fator Ósseo	12
6.3.4. Como se Aplica o Fator Ósseo na De terminação do Diagnóstico e no Prognóstico	14
6.4. Valor da Radiografia na Periodontia	16
6.5. Elementos Considerados na Enfermida de Periodontal	19
6.5.1. Topografia Óssea	19
6.5.2. Velocidade de Perda Óssea	20
6.5.3. Anatomia das Raízes	21
6.5.4. Invasão de Furcos	21
6.5.5. Condições do Paciente	23
6.5.6. Mobilidade e Relação Coroa Clínica/Raiz Clínica	23
7. CONCLUSÕES	26
8. BIBLIOGRAFIA	27

1. CONCEITO

É uma avaliação da condição periodontal baseada em todo um conhecimento disponível da história natural, da etiologia, da patogenia, do diagnóstico, nas vantagens das medidas terapêuticas bem como das possibilidades de manter em um estado de equilíbrio funcional e dinâmico.

Os conhecimentos, o bom senso, a capacidade como terapeuta, a experiência, da o chamado "critério clínico" muito importante para o posicionamento e conduta do profissional.

2. CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS (RANFJORD)

Seria muito difícil fazer uma avaliação - clínica de sucessos ou insucessos de pacientes tratados periodontalmente pela variação grande de lesões iniciais graves e complexas.

Se todos os dentes com Periodontite avançada ou com Lesões de Furca fossem extraídos antes do tratamento o prognóstico para os dentes remanescentes seriam bom (com ou sem tratamento).

O verdadeiro desafio do prognóstico, para os profissionais desta área é predizer os resultados do tratamento de lesões avançadas sob condições adversas.

Tal condição não pode basear-se totalmente no conhecimento atual, assegurando-se o êxito ou o fracasso de um paciente individual, porque nossas avaliações sobre as respostas biológicas periodontais assim como sobre a conduta do paciente e a habilidade do profissional necessárias são incompletas.

Com um aumento em nossos conhecimentos sobre a biologia e a saúde a enfermidade periodontal e com o acúmulo de resultados de ensaios clínicos controlados e objetivados esta incerteza e as opiniões tão divergentes sobre o prognóstico poderiam reduzir-se.

3. CONCEITO DE CURA NA DOENÇA PERIODONTAL (GOLDMAN)

Segundo ele, qualquer dente ou grupo que se tenha tornado capaz de funcionar com saúde (estado de equilíbrio fisiológico dinâmico) pode ser considerado curado da doença.

Estes dentes podem ser capazes de funcionar sózinhos ou podem exigir imobilização e explintagem para sobreviver, isto é, se dentes seriamente envolvidos tem a saúde Periodontal restituída, mesmo com pouca inserção, suficiente para mantê-los em função, após os danos da doença, podendo com alguma ajuda tornarem menos úteis de uma dentição, podemos falar em sucesso de um tratamento Periodontal.

4. O PACIENTE E O PROGNÓSTICO (GLICKMAN)

O autor cita como um fator importante no prognóstico da doença Periodontal, a expectativa do paciente para com o tratamento, tais como:

Sua atitude, seu desejo de conservar seus dentes naturais, sua vontade e capacidade de manter uma boa higiêne bucal, sem o qual o tratamento poderá falhar.

Queremos aqui fazer uma observação a esta conduta profissional.

Achamos isto muito importante quando o paciente apresenta uma formação social e educacional para tal pois nos casos de pacientes não preparados este é mais um objetivo profissional: motivar, educar, orientar e mostrar ao paciente os valores dos quais na maioria das vezes ele ignora, - mesmo que isto nos custe muita paciência, persistência e trabalho.

5. PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM ENFERMIDADE GENGIVAL

Prognóstico da enfermidade gengival se baseia sobre o papel da inflamação no processo total da doença.

Se a inflamação é a única patologia o prognóstico é favorável, sempre que se elimina a totalidade dos irritantes locais, se consigam contornos gengivais que preservem a saúde e o paciente colabora mediante uma boa higiene bucal.

Se existirem fatores sistêmicos influentes, tais como transtornos nutricionais, hematológicos ou hormonais a saúde gengival pode ser restaurada temporariamente por procedimentos locais, pois o prognóstico a longo prazo se baseia em um controle ou correção de fatores sistêmicos.

Não poderíamos deixar de observar aqui também o controle periódico feito pelo profissional de tempo a tempo, algo hoje que não pode deixar de ser colocado, e muito bem focalizado pelo profissional ao paciente no início do tratamento.

6. PROGNÓSTICO EM PACIENTES COM ENFERMIDADE PERIODONTAL

Antes de citarmos a respeito queremos colocar aqui algumas conclusões aplicáveis ao prognóstico (RANF-JORD).

Estudos transversais e longitudinais indicam que perda de inserção em pacientes com doença Periodontal é progressiva com o tempo.

As seguintes conclusões, aplicáveis ao prognóstico devem ser assinaladas baseando-se em ensaios clínicos que compreendem várias modalidades de tratamento e manutenção de Pacientes com Periodontite Crônica.

6.1. Bases para o Prognóstico:

- As bolsas periodontais de 4 a 12 mm de profundidade responderam, ao tratamento periodontal de maneira favorável. As bolsas se reduziram significativamente em profundidade inicialmente com uma profilaxia pelo menos a cada 3 meses e se mantiveram reduzidos durante um largo período.

- Os níveis de inserção geralmente melhoraram depois do tratamento em bolsas de 4 a 12 mm, com uma profilaxia a cada 3 meses, mantiveram esta melhora ou conservaram o nível prévio ao tratamento.

- O prognóstico é tão bom para as bolsas profundas como para as poucas profundas, (8-19). Sempre que os dentes tenham um suporte adequado para sua função.

O prognóstico não está afetado por lesão de furca incipiente de 2 mm ou menos (5).

- O prognóstico definitivo a longo prazo é mal para os dentes com lesão de furca profunda. Com certeza ,

tais dentes podem ser assintomáticos e manter-se em boa função durante uma quantidade indeterminado de anos, sempre que as superfícies radiculares de furcas forem instrumentadas de maneira adequada.

- A retração gengival induzida depois da gengivectomia e dos retalhos reposicionados apicalmente não tem um efeito favorável sobre a manutenção da inserção dos dentes (8-22).

- O prognóstico periodontal não melhora pelo osteoplastia ou osteotomia.

- A eliminação cirúrgica das bolsas não é fundamental para um bom prognóstico do tratamento periodontal (19-22).

- Um sulco clínico que pode ser saudável - com mais de 3 mm depois de tratamento periodontal pode ser compatível com a manutenção de níveis de inserção periodontal se não há sangramento ou exudato na sondagem (18-19).

- Ainda que o prognóstico é bastante semelhante depois de várias modalidades de tratamento periodontal, os melhores níveis pós operatórios de inserção, estética é confortável depois da cirurgia conservadora (raspagem e técnica de Widman modificada) favoreceria a seleção destas modalidades/ sobre as técnicas de eliminação de bolsos mais radicais (18, 19, 22).

- O papel da mobilidade dentária no prognóstico não tem sido totalmente determinado, porém parece que os dentes com maior mobilidade podem manter-se sem perda maior de inserção depois do tratamento (8, 12, 13).

- A mobilidade crescente pode ter um efeito adverso sobre o prognóstico a longo prazo (12).

- A frequência de controle para a limpeza/ profissional dos dentes pode ter um efeito decisivo sobre o prognóstico e aparentemente é muito mais importante que a mo-

dalidade do tratamento cirúrgico inicial (14, 21, 22).

Os intervalos de tempo mais desejáveis para os controles relacionados com a higiene oral dos pacientes não tem sido determinados.

Em geral se tem informado que bons resultados para controles a intervalos de 2 semanas (5, 14, 21, 22) a 3 meses (14, 21).

- É mal o prognóstico periodontal para pacientes com inadequada higiene oral e limpeza profissional infrequente dos dentes, podendo melhorar notavelmente com controles e profilaxias frequentes, ainda que a prática de higiene oral pessoal pode seguir não sendo ideal (18).

- O prognóstico dos dentes com falta de gengiva inserida e aderência de epitélio de união, pode melhorar com o tratamento cirúrgico, o reposicionamento dentário.

A necessidade de tratamento cirúrgico e seu prognóstico não deve ser avaliado sobre as bases de provas de tração labial e sim sobre persistência de gengivite depois da fase higiênica do tratamento periodontal.

- Os desvios do contorno gengival "fisiológico" não influem sobre o prognóstico sempre que se instituir métodos adequados de higiene oral (20).

6.2. Fatores de um Mal Prognóstico - (RANFJORD):

- Resposta do paciente gravemente deteriorada (neutropenia, etc.).

- Falta de acesso para eliminar os irritantes (furca).

- Defeitos anatômicos dos dentes (cumaturras, fraturas).

- Cáries radicular restauração Introgenica
- Remoção de tártaro e alisamento radicular inadequados.
- Cirurgia periodontal traumática.
- Tratamento oclusal descuidado.
- Profilaxia inadequada e infrequente.
- Mal higiene oral.
- Trauma oclusal progressivo.

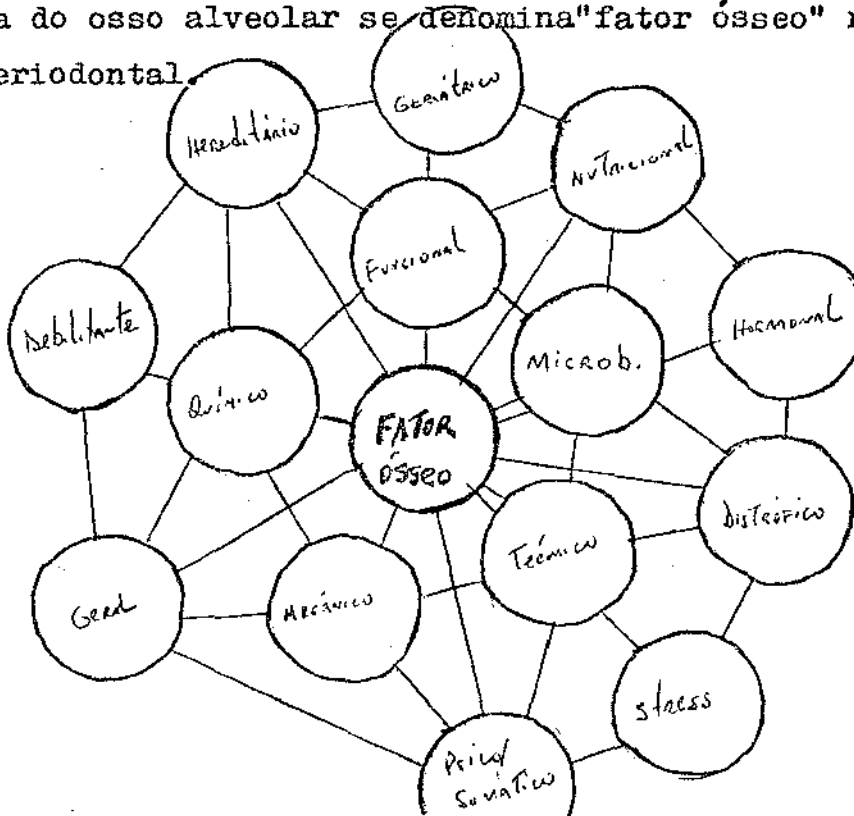
6.3. Conceito de Fator Ósseo:

6.3.1. Conceito de Fator Ósseo na Enfermidade Perio- dontal

Normalmente a altura do osso alveolar se mantém mediante um equilíbrio fisiológico entre a formação do osso e reabsorção.

Fatores locais e gerais regulam este equilíbrio, no qual reflete o estado do osso em todo organismo.

A influência reguladora geral sobre a resposta do osso alveolar se denomina "fator ósseo" na enfermidade periodontal.



6.3.2. Conceito de Fator Ósseo sobre a Natureza da Enfermidade Periodontal

A resposta do osso alveolar aos agentes etiológicos locais na enfermidade periodontal depende de influências gerais inter-relacionadas.

Os experimentos em que baseiam os conceitos de "fator ósseo" demonstram que:

1) A maneira em que diferentes influências gerais alteram a resposta do osso alveolar à irritação local.

2) A maneira em que as influências gerais causam destruição dos tecidos periodontais em ausência de fatores locais destrutivos.

6.3.3. Significado Clínico de Fator Ósseo:

A- Na enfermidade Periodontal, o fator ósseo individual, afeta a gravidade da perda óssea associada a fatores locais destrutivos.

O efeito destrutor da inflamação e o trauma varia com o estado do "fator ósseo" individual. É menos severo em indivíduos com fator ósseo (+) que, quando se sobreagrega a uma tendência destrutora do osso induzido organicamente (Fator ósseo (-)).

Em presença de um fator ósseo negativo, a capacidade normal de adaptação do osso alveolar às forças oclusais se altera de modo que a relação funcional normal se converte em uma força destrutora local (3).

B- Pode haver perda do osso alveolar em ausência de fatores locais lesivos se o fator ósseo está suficientemente alterado.

As alterações orgânicas que impedem a atividade geradora de osso, no sistema esquelético tendem por consequência a perda do osso alveolar em ausência de fatores/ eteologios locais.

A destruição induzida localmente agrava a perda óssea originada por alterações orgânicas.

O Conceito de Fator Ósseo, não significa - que o osso alveolar seja o tecido de origem em todos os casos de enfermidade periodontal, ou que seja o único tecido periodontal que pode ser afetado por alteração orgânico, ou que - sempre esteja afetado por alteração orgânico.

O tecido periodontal no qual aparece primeiro a alteração destrutora está determinada pela natureza - dos fatores etiológicos.

É errôneo supor que todos os casos de doença Periodontal se originam em um mesmo tecido, como é afirmar que haja um só estado local ou geral capaz de gerar enfermida de Periodontal.

C- O Conceito de Fator Ósseo difere da divi são tradicional da enfermidade periodontal em tipos "local e geral."

Engloba um componente geral em todos os casos da enfermidade periodontal.

É a natureza do componente geral e não sua presença ou sua ausência, o que influe na intensidade da dis tinção periodontal.

Se o fator geral é favorável, o efeito des tintor dos agentes locais se reduzirá ao mínimo; se é desfavo rável, a destruição local se agravará.

Casos individuais de Enfermidade Periodon- tal apresentam diversos graus na etiologia local ou geral.

O diagnóstico exige a determinação da ex tensão da participação geral e se ela é favorável ou lesura e

espera com maior segurança que a perda óssea pare se eliminar os fatores locais.

B- Se faz um diagnóstico de fator ósseo (-) quando a quantidade e a velocidade da perda óssea excedem.

É certo que os fatores locais são insuficientes para que produzam essa perda óssea, outros fatores comportam da responsabilidade de tal perda.

Ex.: 1) Fator ósseo negativo (-) - inflamação gengival moderada - ♀ 34.anos.

Generalizada com bolsas Periodontais.

Perda óssea mais extensa que a que se produz em pacientes desta idade com fatores locais comparáveis.

2) ♀ - 17 anos - inflamação gengival, bolsas periodontais e inflamação patológica.

Destruição óssea grande da que se produz - em pacientes de 17 anos com fatores locais comparáveis:

Um diagnóstico de fator ósseo (-) não significa que o paciente sofra uma enfermidade óssea ou que a destruição periodontal deve haver começado necessariamente no osso alveolar.

Significa que os efeitos prevalecem em um dos tecidos do periodonto, ou mais são tais que se acentuam a quantidade osso perdido por causas locais.

Se faz um diagnóstico de Fator ósseo (-) - quando a perda de osso alveolar ocorre em ausência de fatores locais.

Em pacientes com um fator ósseo (-) a eficácia do tratamento local está limitado pela magnitude da responsabilidade que tem junto das afecções gerais. Em geral é suficiente o tratamento local para conservar os dentes em função útil, muitos anos implantado, se não é possível a correção geral.

O fator ósseo é uma expressão de influência

as orgânicas e não é obrigatoriamente constante; pode ser alterada por alteração do estado geral do indivíduo.

6.4. Valor da Radiografia na Periodontia:

Radiografias orais são considerados essenciais para o diagnóstico dental, planejamento de tratamento e prognóstico, mas seu papel no estudo da Doença Periodontal ainda não é bem entendido.

O diagnóstico da Doença Periodontal é feito com a periodontal, complementada com inspeção e palpação.

O Rx tem um papel significativo no planejamento de tratamento e prognóstico.

Limitações:

- 1- Rx não mostra bolsa periodontal.
 - 2- Elas não distinguem especificamente entre o sucesso dos casos tratados e casos não tratados.
 - 3- Elas não registram a morfologia óssea e suas deformidades.
 - 4- Elas não mostram estruturas na fase bucal e lingual do dente (aspectos).
 - 5- Elas não mostram tecido ósseo mais compacto ou mais poroso.
 - 6- Elas não mostram mobilidade.
 - 7- Na maioria das vezes o Registro Radiográfico mostra o tipo de lesão que clinicamente durante a intervenção cirúrgica sempre é maior do que o previsto.
- As lesões de Furca não são bem definidas principalmente nas furcas dos dentes superiores.

Apesar destas desvantagens o Rx nos traz - alguns benefícios:

1) Com técnica correta (paralelismo) a posição da área marginal, e septal óssea do dente podem ser registrados.

2) A Rx orienta no exame clínico, deve confirmar um exame físico ou sugerir áreas a ser examinados.

3) O osso alveolar, o processo alveolar, e o espaço periodontal, na mesial, distal, e apical aspecto à raiz são registrados, nas radiografias em um único plano.

4) Depósitos densos de cálculo e as margens de restauração metálicas podem ser observados se elas estão - nas superfícies proximais dos dentes.

5) A Rx registra a relação coroa clínica , Raiz clínica.

6) Traumatismo Periodontal podem mudar o aspecto do osso alveolar e espaço periodontal, visível na Radiografia.

Sabendo destas limitações e vantagens o - uso do Rx é essencial como elemento auxiliar no Ex.: clínico, Diagnóstico e Prognóstico e Plano de Tratamento.

Querendo ressaltar o valor das Radiografias no diagnóstico e prognóstico das lesões Periodontares

aqui algumas citações de autores:

PRICHARD (15) salienta que no diagnóstico/ das doenças periodontais, são necessários boas radiografias - para estabelecer a magnitude da enfermidade e que as informações que as mesmas fornecem, não são recebidos de outra fonte

BRASKAR (1) relata que o exame Radiográfico do periodonto normal mostra a crista óssea densa, que se - acerca do nível da união anclo-cementária, coberta por uma margem radiopeca. Lâmina duramente rodeado as raízes clínicas e o espaço do ligamento estreito e uniforme.

O autor orienta que no exame podemos observar na Radiografia:

Periodontite incipiente:- no qual o exame radiográfico é de grande valor no diagnóstico das lesões iniciais. A forma de taça que assume a curta óssea é início de reabsorção óssea.

Periodontite moderada:- Croteras, reabsorção óssea horizontal e vertical que representam a evolução da enfermidade periodontal.

GLICKMAN (3) eleva o exame radiográfico e menciona o cálculo interproximal observado na radiografia, como concreções radiopecas em parte, aderido ao dente, localizado na junção cimento-esmalte. Nas faces livres, o cálculo não é observado devido a maior radiopacidade das estruturas centrais.

O autor afirma que, no estado atual de conhecimento o exame radiográfico oferece uma importante ajuda para o diagnóstico das doenças periodontais.

Louro(a) é de opinião que a destruição do osso em geral se inicia na cortical compacta da crista óssea a qual se pode observar desde o início na radiografia.

WEHRMANN e MANSON-HING (23) recomendam a radiografia como um elemento de observação da presença de enfermidade Periodontal incipiente e de localização das áreas de reabsorção do tecido ósseo.

Os autores lembram que quando a superfície da crista óssea alveolar não parecer lisa, deve-se pensar em reabsorção óssea.

GOLDMAN e COHEN (4) indicam o exame radiográfico com o fim de descobrir, classificar ou localizar as doenças Periodontais.

CARVALHO (2) cita o exame radiográfico como imprescindível para formar o diagnóstico das doenças perio

dontais, afim de obter um registro com o máximo de informações.

É através do exame radiográfico que se faz uma avaliação correta do estado periodontal, conhecendo-se os padrões horizontais e verticais de tecido ósseo reabsorvido - bem como a localização e a extensão do cálculo dental interproximal situado abaixo da gengiva.

Podemos observar pois, a importância do exame radiográfico no diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento das doenças periodontais, ora fornecendo orientação sobre a normalidade da crista óssea alveolar ora oferecendo informações sobre a quantidade, e a localização da perda óssea, bem como a presença de cálculo interproximal subgengival.

6.5. Elementos Considerados na Enfermidade Periodontal

6.5.1. Topografia Óssea:

Depende da morfologia da enfermidade óssea.

" da anatomia da raiz ou raízes.

" das demandas funcionais as quais o dente é submetido.

Um dos fatores mais importantes para o prognóstico é a topografia do osso ao redor do dente (Fig.).



Se um dente dispõe de um suporte ósseo adequado e o defeito ósseo pode ser corrigido mediante uma intervenção cirúrgica e a bolsa eliminada o prognóstico é bom, - , pois nem todas as bolsas são susceptíveis de trata-/-

mento; a anatomia regional com frequência torna impossível a eliminação da bolsa.

A quantidade de osso conservado é menos importante que:

1) sua distribuição sobre as diversas faces da raiz.

2) a morfologia do defeito com respeito a raiz do dente. (Se a arquitetura do defeito é intra-ósseo, é possível obter novo suporte ósseo mediante um tratamento eficaz.

6.5.2. Velocidade da Perda Óssea:

A perda óssea junto a processos agudos é diferente que a frente processos crônicos. No primeiro caso o prognóstico é mais favorável.

O prognóstico é menos funcional para a perda óssea em doença crônica e uniformemente progressiva durante um período de vários anos que para um osso que se mantém relativamente estacionam depois da perda óssea inicial.

De todas formas a absorção óssea progressiva durante certo número de anos, não indica necessariamente em prognóstico desfavorável.

O fator decisivo é a causa da perda óssea - progressiva e a possibilidade de corrigí-la.

Deve-se proceder-se com cautela ao sacar conclusões no estudo de radiografias seriados.

6.5.3. Anatomia da Raiz:

A quantidade de superfície de cimento disponível para a inserção ao ligamento periodontal varia com a longitude, da forma, e da circunferência de cada raiz. A medida - que caminho para a apical se torna meor, tendo então menor superfície de inserção.

Deve-se levar em conta o contrário da raiz/ e da proporção coroa clínica/raiz clínica.

O prognóstico para um dente com raiz de forma retangular é mais favorável que para um dente da mesma longitude com raiz de forma conica.

A hiperementose aumenta o tamanho das raízes e favorece o prognóstico.

6.5.4. Invasão de Furcas:

Apesar de lesões de Furca merecerem uma atenção muito grande por parte de todos os profissionais faremos somente alguns comentários com relação ao prognóstico deste tipo de lesão.

O prognóstico para os dentes com lesão de furca depende:

- 1) Da extensão da destruição óssea horizontal e vertical, no espaço inter-radicular.
- 2) Do número de raízes e sua morfologia.
- 3) Da morfologia do espaço inter-radicular

- a) Anchura.
- b) profundidade
- 4) Do estado da estrutura de fixação periodontal determinado pelas provas de mobilidade clínica e aperturas.
- 5) Do acesso para correção cirúrgica da deformidade.
- 6) Do acesso para a higiene bucal após o tratamento.

Os molares inferiores tem um prognóstico - mais favorável em relação aos superiores pelo tipo de Furca, - porque apresentam um acesso mais fácil para a higiene bucal.

Os segundo molares mandibulares com invasão de furca tem um prognóstico menos favorável do que os primeiros molares.

Pois na maioria suas raízes são mais curtas, espaço inter-radicular mais estreito e furca + baixa.

A anatomia regional quase sempre limita o acesso ao de molar para a terapia e a higiene oral.

A proximidade do ramo ascendente do modista na face distal e a posição da linha oblíqua externa e as inserções sobre a face bucal do segundo molar com frequência fazem com que seja impossível obter uma forma adequada de gengiva fixa para um diagnóstico favorável a longo prazo.

Quanto aos pré-molares com duas raízes, o prognóstico é muito desfavorável, que a doença Periodontal atinge estas áreas.

Quanto aos molares maxilares, o prognóstico somente é favorável quando da presença de tecido ósseo remanescente nas furcas.

(Nos casos de lesões complexas, a secção de raízes e o tratamento protético tem sido usado na tentativa de preservação destas raízes).

6.5.5. Condições do Paciente:

Idade

Higiêne Bucal

Condições Sócio-Econômico

Susceptibilidade

Se todos os fatores outros são iguais, o prognóstico é melhor no mais idoso paciente com níveis comparáveis de osso alveolar remanescente.

A idade constitui um fator importantíssimo do prognóstico, pois o tempo representa um dos índices fundamentais que condiciona a ação deletérica da placa bacteriana.

Quanto mais avançada a idade do paciente, e menor a ação danosa dos agentes causais melhor é o prognóstico ().

Quanto ao fator sócio econômico, também deve ser considerado principalmente por casos onde haja necessidade de reabilitação oral, endodontia ou ortodontia.

Outros aspectos a serem observados são em relação à Higiêne e Susceptibilidade de Doença Periodontal:

Pacientes com índice de higiene durante - ou mesmo antes do tratamento podem favorecer o prognóstico da cura da Doença Periodontal.

Em pacientes susceptores à Doença, sempre representam maiores problemas, pois uma mínima quantidade, de irritantes é capaz de desencadear alterações severas.

6.5.6. Mobilidade e Relação Coroa Clínica/Raiz Clínica:

São fatores importantes na determinação do número de dentes que se tem que empregar como pilares quando tem - que se reabilitar.

A forma das raízes, a longitude, e a induração axial são também fatores decisivos para os dentes pilares.

O prognóstico de dentes com grande mobilidade, depende da causa da mesma, da relação coroa clínica/raiz - clínica, da morfologia das estruturas adjacentes de suporte - ósseo, de das raízes e dos esforços físicos que serão exigidos.

Um dente terminal uma extremidade livre onde haverá necessidade de uma prótese removível precisa ter uma estrutura de suporte melhor, pois será submetida a maior esforço durante a mastigação:

A mobilidade dentária é um fator preponderante no estabelecimento de um prognóstico.

As suas causas mais como são: traumas de oclusão; a inflamação ; as condições sistêmicas e aos abscessos.

O prognóstico na maioria das vezes é bom, - faz exceção, a mobilidade de corrente da perda sensível do osso de suporte pela evolução do periodontite, que persiste, embora tenha sido eliminado o processo inflamatório, porque o remanescente ósseo é insuficiente para as solicitações funcionais.

Segundo GLICKMAN, a possibilidade de estabelecer a estabilidade dentária é inversamente proporcional à magnitude da mobilidade que se origina na perda do osso alveolar.

Na anamnese não podemos deixar de observar/ os antecedentes gerais do paciente pois afetam profundamente o prognóstico todas de diferentes maneiras.

Em pacientes cuja destruição Periodontal extensa não se pode justificar somente por fatores locais é razoável supor uma etiologia sistêmica co-destrutiva.

Algumas doenças podem ser verificadas tais como diabetes, deficiências nutricionais, hiperteroidismo, hiperparatiroidismo. Sabemos que o prognóstico do estado perio-/

dontal se beneficia com a sua correção.

Quando se requerer tratamento periodontal e não for possível realizá-lo em razão da saúde do paciente, o prognóstico será reservado.

Estados incompatíveis (como enfermidade de Parkinson, Mongolismo) que impedem a realização da higiene oral pelo paciente, também afetam o prognóstico.

7. CONCLUSÕES

Segundo PRICHARD, o prognóstico Periodontal está regido pela experiência, bom senso, os conhecimentos, a prática e a habilidade técnica do terapeuta, além da dedicação à higiene diária de sua boca depois do tratamento.

Queremos aqui também ressaltar o papel do profissional quanto a manutenção dos casos de prognósticos difíceis.

Deve haver um trabalho educativo muito intenso, no que se refere ao retorno do paciente para controle, pois somente com a higiene bucal, nos casos de Periodontite avançada, não haverá a cura da doença a longo prazo, trazendo tanto ao paciente como ao profissional o dissabor do insucesso.

Como tudo o que nos foi dado, ensinado e orientado o grande objetivo da Periodontia, assim como da odontologia, é dar ao Paciente um estado de equilíbrio funcional, dinâmico, somente assim poderemos fazer um trabalho de saúde tanto aos nossos pacientes como à comunidade.

8. BIBLIOGRAFIA

1. BHASKAR, S.N. Interpretacion radiolúcida para el odontólogo tradução, 1ª ed. Marina Gozales de Grandi, Buenos Aires, 1975, p. 80-95.
2. CARVALHO, J.B. Técnica radiográfica interproximal. Sua importância no diagnóstico e no controle periódico pós tratamento das doenças periodontais. Curso de Odontologia, da Universidade Federal do Pará, Pará, 1976 (Tese de Livre-Docência).
3. GLICKMAN, I. Periodontologia Clínica, 4ª edição, Buenos - Aires, Interamericana, 1974.
4. GOLDMAN, H.M. e COHEN, D.N. Periodontia, 4ª edição, omaba, 1962, p. 295-380.
5. HAMP, S.E.; NYMAN, S. e BUD LINDHE, J. Periodontal treatment of multicrooted teeth. Results after 5 uears. J.Clin. Periodont., 2:126, 1975.
6. SCHLUGER, S.; ROY, C.P. e YUODELIS, A.R., Periodontia, Interamericana, 1981.
7. LASCALA, N.T. e MOUSSALLI, N.H. Periodontia Clínica. Artes Médicas, 1980, p. 573-581.
8. LINDHE, J. and 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 periodontal desease. J.clin. Periodont., 2: 67, 1975.

9. LOURO, F.P. Radiografias como auxílio no diagnóstico das doenças Periodontais. Rev.Fac.Odont. P.Alegre, 9: 159-162, 1967.
10. MARCOS, B. Periodontia, 1ª ed. Koogan, p. 288-293, 1977.
11. MELNICK, M.D.D.S. Diagnostic elements of the "Bone factor" analysis. J. Periodontolog, november, 1974, p. 815-820.
12. NYMAN, S. and LINDHE, J. Persistent tooth hipermobility - following completion of periodontal treatment. J.Clin.-Periodont., 3: 81, 1976.
13. NYMAN, S.; ROSLING, B. and LINDHE, J. Effect of professional tooth cleaning on healing after periodontal surgery, J.Clin. Periodont, 2: 80, 1975.
14. PRICHARD, J. Regeneration of bone following periodontal - therapy. Oral surg., 10: 247, 1957.
15. PRICHARD, J.: The role the roentgenogram in the diagnosis and prognosis of periodontal disease. Oral surg., 14: 182, 1961.
16. PRICHARD, J.F. Enfermidad Periodontal avanzada, 1ª ed. - Labor, Barcelona, 1970, p. 88-311.
17. RAMFJORD, S.P., Periodontologia e Periodontia.
18. RAMFJORD, S.P., et al: Results following three modalities of periodontal therapy. J. Periodont., 46: 522, 1975.

19. RAMFJORD, S.P. Present status of the modified widman flop procedure. J.Periodont., 48: 558, 1977.
20. ROSLING, B., et al: A radiographic method for assessing - charges in alveolar bone height following periodontal - therapy. J.Clin. Periodont., 2: 211, 1975.
21. ROSLING, B., et al: The effect of systematic plaque control on bone regeneration in inflabony packets. J. Clin. Periodont., 3: 38, 1976.
22. ROSLING, B., et al: The kealing potential of the periodontal tissues following different techniques of periodontal surgery in plaque-free dentitions. A 2-year clinical study. J.Clin.Periodont., 3: 233, 1976.
23. WUEHRMANN, A.H. and MANSON-HING, L.R. Radiologia Dental - 2^a ed. Barcelona, Saluat, 1971, p. 118-312.
24. CAFFESE, R. Prognóstico. In: Carranza, Hijo, F.A. and Carrero, J.J. Periodoncia, Buenos Aires, Mundi, 1978, p. 380-403.