

PERIODONTITES DE INCIDÊNCIA PRECOCE -
NECESSIDADE DE UM DIAGNÓSTICO
PRECOCE.

Sinopse

Débora Biscaro Garcia *

Giuseppe Alexandre Romito **

Abstract

Francisco Emílio Pustiglioni ***

SINOPSE

As doenças periodontais em crianças já são conhecidas a mais de 40 anos. A mais comum delas é a gengivite. Entretanto, a literatura mostra que algumas crianças e/ou adolescentes podem desenvolver periodontites. Não se tem dados concretos sobre a epidemiologia destas doenças, o que talvez seja explicado pelas regras para os levantamentos epidemiológicos, estabelecidas pela OMS. Nestas, somente crianças maiores de quinze anos são examinadas com a intenção de verificar a perda de inserção – sinal clínico importante da doença periodontal, que também ocorre na dentição decídua. No que diz respeito ao tratamento, as formas localizadas respondem melhor, ao contrário das formas generalizadas, que são "refratárias" ao tratamento, o qual depende, entre outros fatores, do diagnóstico precoce, para ser bem sucedido. Assim, após rever a literatura, conclui-se que o diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso do tratamento, mas há a

necessidade de estabelecer métodos mais eficazes para tal. Além disto, as regras para os levantamentos epidemiológicos da OMS precisam ser revistas, de modo a incluírem dados sobre a doença periodontal em crianças, desde a primeira infância.

PALAVRAS CHAVES: periodontite de estabelecimento precoce; periodontite juvenil; periodontite pré-púbere; diagnóstico; prevenção.

I. INTRODUÇÃO

Atualmente, são dois os grandes grupos de doenças que acometem a cavidade bucal: a doença cárie e a doença periodontal (DP), ambas tendo em comum o mesmo fator etiológico, a placa bacteriana^{16, 21}. Esta se instala logo após a erupção dos dentes decíduos, podendo ou não causar uma destas duas enfermidades, o que depende da associação dos fatores dieta, tempo, hospedeiro e microbiota local.¹⁰

No que diz respeito à cárie, vários estudos foram e são realizados no sentido de estabelecer sua prevalência e o melhor método de prevenção.^{11, 29}

Já a DP, apesar de ter sido reconhecida, em crianças, há quase 40 anos²⁸ não tem recebido a mesma atenção, talvez devido à sua natureza incipiente.¹⁹

As crianças são geralmente suscetíveis à doença periodontal tanto quanto a população adulta.⁴ O entendimento destas doenças está em constante evolução e os avanços do conhecimento de sua etiologia têm um impacto direto no diagnóstico e no tratamento de tais entidades.⁴

Assim, a proposição deste trabalho é fazer uma revisão da literatura, mostrando a importância do diagnóstico e tratamento precoce das possíveis doenças periodontais da primeira infância e adolescência.

I. REVISÃO DA LITERATURA

As gengivites são as doenças periodontais mais comuns da infância e adolescência^{6, 13, 23, 26, 28}. Sua prevalência é bastante elevada^{12, 21}, cerca de 90%.²⁰ Entretanto, sabe-se que estes valores tendem a diminuir com o avançar da idade, ao contrário das periodontites.²⁰

Nosso maior enfoque será nas Periodontites de Incidência Precoce, pela maior gravidade destas doenças e pelo seu caráter eminentemente destrutivo.

As Periodontites de Incidência Precoce são aquelas que se iniciam durante a infância e/ou adolescência.³ Não são entidades de alta incidência na população⁹ e muitas vezes podem estar associadas à doenças sistêmicas.^{8, 23}

Poucos são os trabalhos sobre sua prevalência na infância e adolescência^{9, 28}; os que tratam do assunto, geralmente trazem muita discrepância devido à fatores genéticos, sociais, regionais e metodológicos envolvidos no problema²⁸

As periodontites que se estabelecem durante ou imediatamente após a erupção dos dentes decíduos^{7, 16}, ou durante a puberdade/adolescência.^{6, 8} são classificadas como Periodontites de Incidência Precoce, segundo TODESCAN²⁷, 2001.

EPIDEMIOLOGIA

Estudos epidemiológicos das doenças periodontais na infância são limitados.¹⁷ Sabe-se, que a gengivite é a mais comum destas doenças.^{13, 23, 26, 8} Para alguns autores, esta prevalência tende a diminuir à medida que se chega à idade adulta, ao passo que começam a aumentar as casos de periodontite.^{20,21}

As periodontites de incidência precoce são pouco comuns^{9, 20}, sendo sua prevalência, em geral, menor que 1%.^{14, 15}

Alguns trabalhos mostram que homens têm maior risco que mulheres^{5, 18, 24}; outros concluem que não há diferença entre sexos¹⁴. Já no que diz respeito à raça, quase todos concordam em dizer que os negros têm maior risco^{5, 7, 14}. A condição sócio-econômica também parece influir, de modo que pessoas de condição sócio-econômica mais baixa mostram maior prevalência. Também existem diferenças na prevalência entre populações diferentes, provavelmente devido a fatores genéticos²⁸ ou ao acesso ou não a serviços públicos, ou seja, crianças submetidas a serviços públicos de prevenção mostram menor prevalência.¹

PREVENÇÃO

A detecção precoce da perda de inserção ou evidência radiográfica de perda óssea, pelo exame cuidadoso dos tecidos periodontais da criança, é parte vital da prevenção das doenças periodontais de estabelecimento precoce.²⁸ O diagnóstico rápido e a detecção de doenças sistêmicas associadas com a perda óssea também são importantes²⁸. Maior atenção deve ser dada às crianças com doenças sistêmicas, no sentido de prevenir o desenvolvimento das doenças periodontais, o que poderá culminar com o colapso da arcada.²⁵

O controle da placa bacteriana tem se mostrado efetivo na diminuição da prevalência da doença periodontal;²⁵ o difícil é motivar a criança e saber até que ponto ela terá condições de colaborar;²⁵ mesmo assim, a motivação e a instrução de higiene têm se mostrado os melhores métodos para a prevenção da gengivite e, por conseqüência, da periodontite²⁵. Alguns autores sugerem, inclusive, que os pais escovem os dentes de seus filhos, principalmente dos menores de sete anos⁸.

Uma vez estabelecida a doença, a prevenção não se mostra efetiva no sentido de impedir sua progressão.² Então, mais uma vez, um elemento importante neste aspecto seria a identificação precoce dos pacientes de risco para a doença. Isto significa também reconhecer a composição da placa subgengival, através de testes microbiológicos, e detectar qualquer interferência no sistema imune do hospedeiro em programas direcionados à prevenção da periodontite de incidência precoce².

Como visto anteriormente, as formas destrutivas das doenças periodontais de estabelecimento precoce são difíceis de serem tratadas. Assim, são preferíveis os métodos de prevenção à estratégias de tratamento.²

WOOLFOLK et al.³⁰ realizaram um trabalho, em 1989, para verificar o conhecimento das crianças e dos pais quanto à existência da placa e da doença periodontal e os possíveis métodos de prevenção. Como resultado, observaram que falta muita informação sobre a saúde bucal e sobre os métodos disponíveis e eficazes de prevenção.²⁵ Isto reforça a idéia da necessidade de um programa que faça o controle da placa, da mesma forma como foi feito para as cáries.²⁵

DISCUSSÃO

De maneira geral, ficou bastante claro que a doença periodontal na infância é uma realidade e que a ela deve ser dada a mesma atenção que vem sendo direcionada à doença cárie.

Porém, esta prevenção deve ser vista sob dois aspectos. O primeiro deles é quando nos referimos às gengivites; sua prevenção visa a prevenção das periodontites na fase adulta, uma vez que vários autores concordam em dizer que a gengivite é uma precursora da periodontite.^{21, 22, 23, 24, 28} Apenas um pequeno número de casos de gengivite evoluem para periodontite²², mas não se sabe ao certo quando e porque ocorre esta evolução²⁵. Desta forma a doença periodontal presente em um adulto pode ter se iniciado com a erupção dos primeiros dentes^{20, 21}. Esta seria, então, uma boa justificativa para reduzir o número de casos de gengivite.

O segundo aspecto seria as Periodontites de Incidência Precoce. Estas devem ser prevenidas pelo seu poder destrutivo sobre a dentição decídua.

A maioria dos autores preconiza que o diagnóstico precoce e o bom controle da placa, através dos métodos de higiene disponíveis, são os melhores meios de prevenção.^{20, 21} Métodos químicos, apesar de estarem sendo estudados, ainda não são comprovadamente eficazes.²²

Os métodos de higiene – escova e fio dental – são bastante conhecidos e comprovadamente eficazes.^{20, 25} Então, se a prevalência das doenças periodontais – gengivite – continua alta é porque estes métodos não estão sendo empregados de maneira correta.²⁰

Assim, os cirurgiões-dentistas e especialistas em Odontopediatria devem ser conscientizados da importância de estabelecer bons hábitos de higiene em seus pacientes, não somente nas crianças, como também nos pais, uma vez que estes hábitos são herdados, pela observação da criança.^{20, 21}

As crianças pequenas, menores de sete anos, geralmente não possuem coordenação motora necessária para realizar corretamente o uso da escova e do fio dental. Por este motivo os pais devem ser instruídos a realizar a higienização de seus filhos, pelo menos uma vez ao dia.²⁰

Além disto, programas eficazes de orientação de higiene também devem ser estabelecidos por órgãos de Saúde Pública.

As crianças de risco também devem ser reconhecidas. Para isto, doenças sistêmicas que predispõe às doenças periodontais devem ser diagnosticadas o quanto antes e tratadas antes que suas manifestações possam acometer o periodonto²⁴. Da mesma forma, exames microbiológicos podem ser instituídos afim de encontrar, na microbiota da criança, eventuais patógenos envolvidos, como por exemplo o *Actinomyces actinomycetemcomitans*, *Bacterioides gingivalis* e *Porphyromonas gingivalis*.⁷

Atualmente, o diagnóstico das periodontites de estabelecimento precoce está baseado em exames clínicos e radiográficos, que identificam a doença já instalada.¹³ Para um melhor diagnóstico, o ideal é complementar estes exames com testes microbiológicos e/ou imunológicos. Assim, seria possível o tratamento realmente preventivo de tais enfermidades.

O diagnóstico precoce não pode ser menos importante, uma vez que o tratamento se torna mais eficaz quando estas doenças são diagnosticadas logo no início⁷. Dentre os parâmetros clínicos, deveria ser dada atenção especial à perda de inserção, o que, infelizmente não é realizado nas crianças com menos de 15 anos, nos levantamentos epidemiológicos.

Isto pode ser facilmente entendido quando examinamos as recomendações da OMS²⁹, que estabelecem as regras para os levantamentos epidemiológicos, onde podemos verificar que: 1) crianças na faixa etária de cinco anos formam um grupo ideal para serem obtidos os níveis de cárie em dentes decíduos; 2) crianças aos doze anos, formarão outro grupo para avaliar cárie, agora em dentes permanentes; 3) somente as crianças com quinze anos, formam um grupo no qual são examinados alguns indicadores da doença periodontal, sem deixar de lado a prevalência da cárie. Neste último item, a justificativa para só se preocuparem com a doença periodontal aos quinze anos é o fato de abaixo dos quinze anos, ou seja nas dentições decídua e mista, existirem sulcos aprofundados, associados à erupção dentária e que freqüentemente podem ser confundidos com bolsas periodontais. Assim o exame das crianças abaixo dos quinze anos, limita-se à presença de

sangramento gengival ou cálculo; nenhuma medição é feita no que diz respeito à perda clínica de inserção.

As dentições decídua e mista realmente apresentam algumas variações na anatomia.²⁰ Mas isto não pode ser motivo para que a perda de inserção não seja verificada. Talvez, seria ideal um exame clínico seguido de um exame radiográfico que detectaria eventuais perdas ósseas. Ou, de outra forma, dentes em erupção ou exfoliação poderiam ser excluídos do processo.

Um bom método para o diagnóstico tem sido o PSR.¹⁸ Ele tem boa aplicação clínica, detectando os primeiros sinais de doença periodontal. Sua eficácia tem se mostrado tão boa quanto a da sonda de Williams, sendo que o exame é mais rapidamente realizado e tem boa aceitação por parte do paciente.¹⁸ Desta forma, este exame poderia ser usado no sentido de identificar precocemente sítios onde houve perda de inserção.

Porém, deve ser reforçada a idéia do bom controle da placa, já que sendo ela fator etiológico determinante, sem ela não haverá doença periodontal.

Em relação à Saúde Pública, podemos destacar ainda o lado do custo/benefício. É nitidamente mais barato fazer a prevenção do que o tratamento das doenças periodontais da infância, os quais exigem além de mão-de-obra especializada, terapia antibiótica e um contínuo trabalho de controle posterior. Fica assim evidente a importância de se começar à pensar em um programa efetivo de prevenção, assim como foi feito para a cárie.

Programas de Saúde Pública podem auxiliar não só com programas de motivação e controle de placa, mas deve-se desenvolver meios para que estes programas possam auxiliar na identificação dos indivíduos de risco.¹

A transmissibilidade de bactérias periodontopatógenas entre pais e filhos já foi comprovada¹⁰. Logo, este é outro importante fator que deve ser levado em conta, pois naqueles filhos, cujos pais são portadores de doença periodontal, um exame clínico e radiográfico, bem como o acompanhamento destas crianças deve ser procedimento de rotina. Aqui também cabe ressaltar o valor do exame microbiológico, que poderia detectar a ocorrência da contaminação no filho.

CONCLUSÃO

Dentro dos limites deste trabalho, podemos concluir que:

1. As periodontites de incidência precoce são uma realidade clínica e seu diagnóstico precoce é fundamental para o maior sucesso no tratamento;
2. A metodologia estabelecida pela OMS para os levantamentos

epidemiológicos de doenças periodontais em crianças e adolescentes deveria ser revista.

II. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBANDAR, J.M. Prevalence of incipient radiographic periodontal lesions in relation to ethnic background and dental care provisions in young adults. **J Clin Periodontol**, v. 16, n. 6-10, p. 625-629, 1989.
2. ALBANDAR, J.M.; BUISCHI, Y.A.P.; OLIVEIRA, L.B.; AXELSSON, P. Lack of effect of oral hygiene training on periodontal disease progression over 3 years in adolescents. **J Periodontol**, v. 66, n. 4, p. 255-260, Abr 1995.
3. ALBANDAR, J.M.; BROWN, L.J.; BRUNELLE, J.A.; LÖE, H. Gingival state and dental calculus in early-onset periodontitis. **J Periodontol**, v. 67, n. 10, p. 953-959, Oct 1996.
4. AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Periodontal disease. In: **Periodontal Literature reviews: a summary of current knowledge**, 1996, p. 12.
5. BHAT, M.B. Periodontal health of 14-17 years old US schoolchildren. **J Public Health Dent**, v. 51, n. 1, p. 5-11, Winter 1991.
6. CARRANZA Jr, FERMIN, A. **Periodontia Clínica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 832p.
7. CHAPPLE, I.L.C. Periodontal disease in children and adolescents: classification, aetiology and management. **Dental Update**, v. 23, n. 5, p. 210-216, Jun 1996.
8. CLEREHUGH, V. Periodontal disease in children and adolescents. **Dental Update**, v. 18, p. 230-238, Jul/Aug 1991.
9. CUTRESS, T.W. Periodontal health and periodontal disease in young people: global epidemiology. **Int Dent J**, v. 36, n. 3, p. 146-152, Sep 1986.
10. GREENSTEIN, G.; LAMSTER, I. Bacterial transmission in periodontal diseases: a critical review. **J Periodontol**, v. 68, n. 5, p. 421-431, May 1997.
11. GRIFFEN, A.L.; GOEPFERD, S.J. Preventive oral health care for the infant, child, and adolescent. **Pediatr Clin North Am**, v. 38, n. 5, p. 1209-1226, Oct 1991.
12. HUGOSON, A.; KOCH, G.; RYLANDER, H. Prevalence and distribution of gingivitis-periodontitis in children and adolescents. Epidemiological data as a base for risk group selection. **Swed Dent J**, v. 5, n. 3, p. 91-103, 1981.

13. LÖE, H.; MORRISON, E. Periodontal health and disease in young people: screening for priority care. **Int Dent J**, v. 36, n. 3, p. 162-167, Sep 1986.
14. MELVIN, W.L.; SANDIFER, J.B.; GRAY, J.L. The prevalence and Sex ratio of juvenile periodontitis in a young racially mixed population. **J Periodontol**, v. 62, n. 4-6, p. 330-334, 1991.
15. NEELY, L.A. Prevalence of juvenile periodontitis in a circumpubertal population. **J Clin Periodontol**, v. 19, n. 6-10, p. 367-372, Jun 1996.
16. PAGE, R.C.; BOWEN, T.; ALTMEN, L.; VANDESTEEN, E.; OCHS, H.; MACKENZIE, P.; OSTERBERG, S.; ENGEL, L.D.; WILLIAMS, B.L. Prepubertal periodontitis. I. Definition of a clinical disease entity. **J Periodontol**, v. 54, n. 1-6, p. 257-271, May 1983.
17. PAPAPANOU, N.P. Review: Periodontal Disease: Epidemiology. **Annals of Periodontology**, v.1, n. 1, Nov 1996.
18. PIAZZINI, L.F. Periodontal screening & recording (PSR) application in children and adolescent. **J Clin Pediatr Dent**, v. 10, n. 3/4, p. 165, 171, 1994.
19. ROBINSON, P.J. Gingivitis: a prelude to periodontitis? **J Clin Dent**, v. 6, n. spec, p. 41-45, 1995.
20. SARIAN, R.; CARVALHO, J.C.C.; DUARTE, C.A. Doenças periodontais na infância e adolescência. In: GUEDES-PINTO, A.C. **Odontopediatria**. 4.ed. São Paulo: Santos, 1993. p. 403-443.
21. SARIAN, R.; CARVALHO, J.C.C.; DUARTE, C.A.; DE MICHELLI, G.; CHUJFI, E.S. Um novo conceito de prevenção em Periodontia: a importância do diagnóstico precoce das doenças periodontais na infância. **Rev Paul de Odontol**, v.4, p. 2-12, Dec 1982. Especial.
22. SHEIHAM, A. Is the chemical prevention of gingivitis necessary to prevent severe periodontitis? **Periodontol 2000**, v. 15, p. 15-25, Oct 1997.
23. SJÖDIN, B.; MATSSON, L. Marginal bone level in the normal primaty dentition. **J Clin Periodontol**, v. 19, n. 6-10, p. 672-678, Jun 1996.
24. SJÖDIN, B.; MATSSON, L. Marginal bone loss in the primary dentition. **J Clin Periodontol**, v. 21, n. 5, p. 313-319, May 1994.
25. STALLARD, R.E.; AWWA, A.I. Periodontal disease in children: prevention. **Acta Odontol Pediatr**, v. 6, n. 2, p. 35-42, Dec 1985.

26. TINOCO, E.M.B.; BELDI, M.I.; LOUREIRO, C.A.; LANA, M.; CAMPEDELLI, F.; TINOCO, N.M.B.; GJERM, P.; PREUS, H.R. Localized juvenile periodontitis na *Actinobacillus actinomycetemcomitans* in a brazilian population. **Eur J Oral Sci**, v. 105, n. 1, p. 9-14, Feb 1997.
27. TODESCAN, J.H. **Doença Periodontal**. 1 ed. Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda, 2001, p. 158.
28. WATANABE, K. Prepubertal periodontitis: a review of diagnostic criteria, pathogenesis, and differential diagnosis. **J Periodontol Res**, v. 25, n. 1-2, p. 31-48, 1990.
29. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4.ed. Geneva, 1997, 66p.
30. WOOLFOLK, M.W.; LANG, P.W.; FAJA, B.W. Oral health knowledge and sources of information among elementary schoolchildren. **J Public Health Dent**, v. 43, n. 1, p. 39-43, Winter 1989.

ABSTRACT

The periodontal diseases in children are known for more than 40 years. The more common of them is the gingivitis, that can be a precursor of the periodontitis in adults. However, there are two groups of periodontal diseases with early-onset. The first of them is the Prepubertal Periodontitis and the second is the Juvenile Periodontitis. The epidemiology about such diseases does not have conclusive results. It may be explained by the rules of the WHO to the epidemiological surveys, which says that only children up to 15 years old must have the attachment loss measured (an important clinical sign of periodontal disease, even in the deciduous teeth). About the therapy, the localized forms respond better to the treatment; otherwise, the generalized forms seem to be "refractory" to therapy, which depends, among other factors, of an early diagnosis to succeed. Thus, after review the literature, it is conclusive that the early diagnosis is very important for the success of treatment, but it is necessary to determine more effective methods for it. Furthermore, the rules of the WHO must be revised, since childhood, periodontal disease data must be included in the epidemiological surveys.

Key words: early-onset periodontitis; juvenile periodontitis; prepubertal periodontitis; diagnosis; prevention.

* Mestranda da Disciplina de Periodontia de FOUSP.

** Doutor em Periodontia pela FOUSP e Prof. Assist. Doutor - Disciplina de Periodontia Unib.

*** Prof. Associado da Disciplina de Periodontia da FOUSP.

