

# Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave

*2018 Classification of Periodontal and Periimplantar Diseases and Conditions: a Practical Guide and Key Points*

João Paulo STEFFENS<sup>a\*</sup>, Rosemary Adriana Chiérici MARCANTONIO<sup>b</sup>

<sup>a</sup>UFPR – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Estomatologia, Curitiba, PR, Brasil

<sup>b</sup>UNESP – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araraquara, Departamento de Diagnóstico e Cirurgia, Araraquara, SP, Brasil

No mês de junho de 2018, foi lançado o *Proceedings* do Workshop Mundial para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares, o qual ocorreu de 9 a 11 de novembro de 2017 em Chicago, nos Estados Unidos<sup>1</sup>. Essa publicação é um esforço conjunto da Academia Americana de Periodontia e da Federação Europeia de Periodontia e substitui a classificação até então vigente<sup>2</sup>. Nessa edição de 291 páginas, há 18 artigos relacionados<sup>3-20</sup>, além do relato de consenso de cada um dos quatro grupos de trabalho<sup>21-24</sup> e uma introdução<sup>1</sup>. A introdução à nova classificação apresenta-se resumida e faz frequentes menções (inclusive com a disponibilização de link) a artigos originais, tornando uma primeira familiarização com a nova classificação dependente de leituras mais aprofundadas. Dessa maneira, elaborou-se esse guia prático para a nova classificação, elencando os principais pontos dos relatos de consenso dos grandes grupos (Quadro 1).

Para as condições periodontais, há três grandes grupos<sup>1</sup>:

1. Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais, subdividido em:
  - 1.1 – Saúde Periodontal e Saúde Gengival
  - 1.2 – Gengivite Induzida pelo Biofilme

- 1.3 – Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme
2. Periodontite, subdividido em:
  - 2.1 – Doenças Periodontais Necrosantes
  - 2.2 – Periodontite
  - 2.3 – Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas
3. Outras Condições que Afetam o Periodonto, subdividido em:
  - 3.1 – Manifestações Periodontais de Doenças ou Condições Sistêmicas (Doenças ou Condições Sistêmicas que Afetam os Tecidos Periodontais de Suporte)
  - 3.2 – Abscessos Periodontais e Lesões Endoperiodontais
  - 3.3 – Condições e Deformidades Mucogengivais
  - 3.4 – Forças Oclusais Traumáticas
  - 3.5 – Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses

Para as condições peri-implantares, estas foram divididas em<sup>1,24</sup>:

1. Saúde Peri-Implantar
2. Mucosite Peri-Implantar
3. Peri-Implantite
4. De ciências nos Tecidos Peri-Implantares Moles e Duros

**Quadro 1.** Resumo das Condições e Doenças Periodontais e Peri-Implantares de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia

CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS			
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais	Periodontite	Outras Condições que Afetam o Periodonto	
CONDIÇÕES E DOENÇAS PERI-IMPLANTARES			
Saúde Peri-Implantar	Mucosite Peri-implantar	Peri-implantite	De ciências nos Tecidos Peri-implantares Moles e Duros

Fonte: Adaptado de Caton et al.<sup>1</sup>



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

## DOENÇAS E CONDIÇÕES PERIODONTAIS

### GRUPO 1 - SAÚDE PERIODONTAL, CONDIÇÕES E DOENÇAS GENGIVAIS (Quadro 2)<sup>21</sup>

1. Saúde Periodontal e Saúde Gengival<sup>3</sup>

A. Saúde clínica em um periodonto íntegro

Sem perda de inserção, profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e sem perda óssea radiográfica.

B. Saúde clínica gengival em um periodonto reduzido

- **paciente com periodontite estável**

Perda de inserção, profundidade de sondagem de até 4 mm, sem sítios com profundidade de sondagem igual ou superior a 4 mm com sangramento à sondagem, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e com perda óssea radiográfica.

- **paciente sem periodontite**

Perda de inserção, profundidade de sondagem de até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e possível perda óssea radiográfica (por exemplo, em casos de recessão gengival e aumento de coroa clínica).

2. Gengivite Induzida pelo Biofilme<sup>1,4,21</sup>

A gengivite, quando associada ao biofilme dental, foi classificada em:

A. Associada somente ao biofilme dental

B. Mediada por fatores de risco sistêmicos ou locais

C. Associada a medicamento para aumento de tecido gengival

A. GENGIVITE ASSOCIADA SOMENTE AO BIOFILME

Quando associada somente ao biofilme dental, a gengivite foi dividida em:

- **Gengivite em periodonto íntegro:** caracteriza-se por apresentar sítios com profundidade de sondagem menor ou igual a 3 mm, 10% ou mais de sítios com sangramento à sondagem, ausência de perda de inserção e de perda óssea radiográfica.
- **Gengivite em periodonto reduzido:** os pacientes apresentam sítios com profundidade de sondagem de até 3 mm, 10% ou mais dos sítios com sangramento à sondagem, perda de inserção e possível perda óssea radiográfica.
- **Gengivite em periodonto reduzido tratado periodontalmente:** o paciente tem história de tratamento de periodontite, portanto apresenta perda de inserção, sítios com bolsa periodontal de até 3 mm, 10% ou mais dos sítios com sangramento à sondagem e perda óssea radiográfica.

A gengivite pode (não necessariamente) ser classificada de acordo com sua severidade, com o objetivo de demonstrar ao paciente a gravidade de sua situação. O artigo do consenso do grupo 1<sup>21</sup> propõe uma classificação baseada na extensão da doença, determinando-se intervalos de porcentagens de sítios envolvidos para cada nível (leve, moderada e severa) ou grau. Em estudos epidemiológicos, pode ainda ser classificada quanto à sua extensão em localizada (10-30% dos sítios com sangramento à sondagem) ou generalizada (> 30% dos sítios).

Observar que os sítios com sinais clínicos de inflamação devem ser definidos como “com inflamação gengival” em vez de “com gengivite”, pois o termo “gengivite” se refere ao diagnóstico do paciente, e não do sítio/dente. Em estudos epidemiológicos, pacientes com história de periodontite e que apresentam inflamação gengival devem ser diagnosticados apenas com o pior cenário de periodontite.

B. GENGIVITE MEDIADA POR FATORES DE RISCO SISTÊMICOS OU LOCAIS

- **Fatores de risco sistêmicos (fatores modificadores)**

- (a) Tabagismo
- (b) Hiperglicemia
- (c) Fatores nutricionais
- (d) Agentes farmacológicos (prescritos, não prescritos e recreacionais)
- (e) Hormônios esteroides sexuais (puberdade, ciclo menstrual, gravidez e contraceptivos orais)
- (f) Condições hematológicas

- **Fatores de risco locais (fatores predisponentes)**

- (a) Fatores de retenção de biofilme dental (por exemplo, margens de restaurações proeminentes)
- (b) Secura bucal

C. AUMENTO GENGIVAL INFLUENCIADO POR MEDICAMENTO

3. DOENÇAS GENGIVAIS NÃO INDUZIDAS PELO BIOFILME<sup>1,5,21</sup>

A. Desordens Genéticas e de Desenvolvimento

- Fibromatose gengival hereditária

B. Infecções Específicas

- **De origem bacteriana**
  - (a) *Neisseria gonorrhoeae*
  - (b) *Treponema pallidum*
  - (c) *Mycobacterium tuberculosis*
  - (d) Gengivite estreptocócica
- **De origem viral**
  - (a) Vírus Coxsackie (doença mão-pé-boca)

Quadro 2. Resumo da Classificação de Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia

CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS		
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais	Periodontite	Outras Condições que Afetam o Periodonto
Saúde Periodontal e Saúde Gengival	Gengivite Induzida pelo Biofilme	Doenças Gengivais Não Induzidas pelo Biofilme

Fonte: Adaptado de Caton et al.<sup>1</sup>

- (b) Herpes simples I e II (primário ou recorrente)
  - (c) Varicella zoster (catapora e sarampo – nervo V)
  - (d) Molluscum contagiosum
  - (e) Papilomavírus Humano (papiloma escamoso celular, condiloma acuminatum, verruga vulgar e hiperplasia epitelial vulgar)
    - De origem fúngica
    - (a) Candidose
    - (b) Outras micoses (histoplasmose e aspergilose)
- C. Condições Inflamatórias e Imunes**
- Reações de hipersensibilidade
  - (a) Alergia de contato
  - (b) Gengivite plasmocitária
  - (c) Eritema multiforme
    - Doenças autoimunes da pele e das membranas mucosas
    - (a) Pênfigo vulgar
    - (b) Penfigoide
    - (c) Líquen plano
    - (d) Lúpus eritematoso (sistêmico e discoide)
  - Lesões inflamatórias granulomatosas (granulomatoses orofaciais)
    - (a) Doença de Crohn
    - (b) Sarcoidose
- D. Processos Reacionais**
- Epúlides
  - (a) Epúlide fibrosa
  - (b) Granuloma fibroblástico calcificante
  - (c) Epúlide vascular (granuloma piogênico)
  - (d) Granuloma periférico de células gigantes
- E. Neoplasias**
- Pré-malignas
    - (a) Leucoplasia
    - (b) Eritroplasia
  - Malignas
    - (a) Carcinoma escamoso celular
    - (b) Infiltrado celular leucêmico
    - (c) Linfoma (Hodgkin e não Hodgkin)
- F. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas**
- Deficiência de vitaminas
    - (a) Deficiência de vitamina C (escorbuto)
- G. Lesões Traumáticas**
- Trauma mecânico/físico
    - (a) Ceratose friccional
    - (b) Ulceração gengival induzida mecanicamente
    - (c) Lesões factícias (automutilação)

- Queimaduras químicas (tóxicas)
  - Danos térmicos
  - (a) Queimaduras na gengiva
- H. Pigmentação Gengival**
- Melanoplasia
  - Melanose do tabagista
  - Pigmentação induzida por medicamentos (antimalários e minociclina)
  - Tatuagem de amálgama

## GRUPO 2 – PERIODONTITE (QUADRO 3)

### 1. Periodontite Necrosante<sup>1,7,22</sup>

Processo inflamatório do periodonto caracterizado por necrose/ulceração da papila interdental, sangramento gengival, halitose, dor e perda óssea rápida. Outros sinais/sintomas associados podem incluir formação de pseudomembrana, linfadenopatia e febre.

As outras doenças periodontais necrosantes (gengivite necrosante e estomatite necrosante) não estão contempladas em outro local da classificação e, por esse motivo, serão reportadas aqui:

#### 1.1 Doenças periodontais necrosantes em pacientes comprometidos crônica e gravemente

- Em adultos
- Em crianças

#### 1.2 Doenças periodontais necrosantes em pacientes comprometidos temporária e/ou moderadamente

- Em pacientes com gengivite
- Em pacientes com periodontite

No *Proceedings*, há um artigo relacionado às lesões periodontais agudas<sup>7</sup>, e o consenso do grupo 2<sup>22</sup> também reconhece as seguintes doenças periodontais necrosantes:

- Gengivite necrosante: processo inflamatório agudo do tecido gengival caracterizado pela presença de necrose/ulceração das papilas interdentais, sangramento gengival e dor. Outros sinais e sintomas associados podem incluir halitose, pseudomembranas, linfadenopatia regional, febre e sialorreia (em crianças).
- Periodontite necrosante: processo inflamatório do periodonto caracterizado pela presença de necrose/ulceração das papilas interdentais, sangramento gengival, halitose, dor e perda óssea rápida. Outros sinais e sintomas associados podem incluir formação de pseudomembrana, linfadenopatia e febre.
- Estomatite necrosante: condição inflamatória severa do periodonto e da cavidade oral em que a necrose dos tecidos

**Quadro 3.** Resumo da Classificação da Periodontite de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia

CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS		
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais	Periodontite	Outras Condições que Afetam o Periodonto
Doenças Periodontais Necrosantes	Periodontite	Periodontite como Manifestação de Doenças Sistêmicas

moles se estende além da gengiva, e a desnudação óssea pode ocorrer por meio da mucosa alveolar, com áreas aumentadas de osteíte e formação de sequestro ósseo. Tipicamente ocorre em pacientes sistêmica e severamente comprometidos.

## 2. Periodontite<sup>11,22</sup>

Define-se como “doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de inserção dental”. Clinicamente, caracteriza-se por:

1. Perda de inserção detectada em dois ou mais sítios interproximais não adjacentes; ou
2. Perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes, sem que seja por causa de: 1) recessão gengival de origem traumática; 2) cárie dental estendendo até a área cervical do dente; 3) presença da perda de inserção na face distal de um segundo molar e associado ao mau posicionamento ou à extração de terceiro molar; 4) lesão endoperiodontal drenando por meio do periodonto marginal; ou 5) ocorrência de fratura radicular vertical.

A Periodontite é classificada de acordo com seu **ESTÁGIO** e seu **GRAU**.

### A. Estágio

A classificação de estágios está relacionada com a severidade da doença. Os estágios da periodontite devem ser primariamente definidos pela perda clínica de inserção, denominada, nesse texto, como “característica determinante”. Em sua ausência, utiliza-se perda óssea radiográfica. Caso haja “fatores de complexidade” (por exemplo, lesões de furca ou mobilidades avançadas), sobe-se o estágio ao pior cenário encontrado, de acordo com o descrito abaixo em “fatores que modificam o estágio”. Em pacientes tratados, o estágio não deve diminuir. Para todos os estágios, deve-se classificar ainda quanto à extensão: localizada (até 30% dos dentes afetados), generalizada (30% dos dentes ou mais) ou padrão molar/incisivo.

Os estágios são definidos em:

#### Estágio I

*Característica determinante: 1-2 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (< 15%).*

*Características secundárias: profundidade de sondagem de até 4 mm, sem perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal.*

#### Estágio II

*Característica determinante: 3-4 mm de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda radiográfica no terço coronal (15-33%).*

*Fatores que modificam o estágio: profundidade de sondagem de até 5mm, sem perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal.*

#### Estágio III

*Característica determinante: 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz.*

*Fatores que modificam o estágio: profundidade de sondagem de 6mm ou mais, com perda dental devido à periodontite em até 4 dentes. Pode ter perda óssea vertical de até 3 mm, lesões de furca grau II ou III e defeito de rebordo moderado.*

#### Estágio IV

*Característica determinante: 5 mm ou mais de perda de inserção interproximal no pior sítio ou perda óssea radiográfica se estendendo à metade ou ao terço apical da raiz.*

*Fatores que modificam o estágio: perda dental de 5 ou mais dentes devido à periodontite. Além dos fatores de complexidade listados no estágio III, pode ocorrer disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário (mobilidade grau 2 ou 3), defeito de rebordo grave, problemas mastigatórios, menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas).*

### B. Grau

O grau reflete as evidências, ou o risco, de progressão da doença e seus efeitos na saúde sistêmica. Inicialmente, todo paciente com periodontite deve ser considerado como grau B e, assim, modificado esse grau (para A ou C) de acordo com: 1) evidências diretas de progressão; ou 2) evidências indiretas. Após a determinação da graduação da periodontite pela evidência de progressão, o grau pode ser modificado pela presença de fatores de risco (tabagismo e diabetes mellitus).

#### Grau A – progressão lenta

*Característica determinante: evidência direta de não progressão de perda de inserção por 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de até 0,25 mm.*

*Características secundárias: pacientes com grande acúmulo de biofilme, mas pouca destruição periodontal.*

*Fatores de risco que podem modificar a graduação: sem fatores de risco (tabagismo ou diabetes mellitus).*

#### Grau B – progressão moderada

*Característica determinante: evidência direta de progressão inferior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de 0,25-1 mm.*

*Características secundárias: destruição compatível com depósitos de biofilme.*

*Fatores de risco que podem modificar a graduação: fumantes abaixo de 10 cigarros ao dia ou HbA1c < 7% em pacientes com diabetes mellitus.*

#### Grau C – progressão rápida

*Característica determinante: evidência direta de progressão igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano superior a 1 mm.*

*Características secundárias: a destruição excede ao esperado para a quantidade de biofilme. Padrões clínicos específicos sugerem períodos de rápida progressão e/ou acometimento precoce da doença (por exemplo, padrão molar/incisivo e ausência de resposta esperada às terapias de controle do biofilme).*

*Fatores de risco que podem modificar a graduação: tabagismo (10 ou mais cigarros/dia) ou pacientes com diabetes mellitus (HbA1c igual ou superior a 7%).*

### 3. PERIODONTITE COMO MANIFESTAÇÃO DE DOENÇAS SISTÊMICAS<sup>1,12,23</sup>

Utilizar o Código Internacional de Doenças (CID) para se referir às suas associações.

#### 3.1 Desordens sistêmicas que apresentam um grande impacto na perda dos tecidos periodontais por influenciar a inflamação gengival

A periodontite, de acordo com a definição de caso apresentada anteriormente, é uma manifestação destas doenças.

##### 3.1.1 Desordens genéticas

###### 3.1.1.1 Doenças associadas com desordens imunológicas

*Síndrome de Down, Síndrome da deficiência da adesão leucocitária, Síndrome de Papillon-Lefèvre, Síndrome de Haim-Munk, Síndrome de Chediak-Higashi, Neutropenia severa (neutropenia congênita - Síndrome de Kostmann e neutropenia cíclica), doenças de imunodeficiência primária (doença granulomatosa crônica, síndromes de hiperimunoglobulina E) e Síndrome de Cohen.*

###### 3.1.1.2 Doenças que afetam a mucosa oral e o tecido gengival

*Epidermólise bolhosa (distrófica e Síndrome de Kindler) e deficiência de plasminogênio.*

###### 3.1.1.3 Doenças que afetam o tecido conjuntivo

*Síndromes de Ehlers-Danlos (tipos IV e VIII), angioedema (deficiência de inibidor de C1) e lúpus eritematoso sistêmico.*

###### 3.1.1.4 Desordens metabólicas e endócrinas

*Doença do armazenamento de glicogênio, doença de Gaucher, hipofosfatasia, raquitismo hipofosfatêmico, Síndrome de Hajdu-Cheney.*

##### 3.1.2 Doenças de imunodeficiência adquirida

*Neutropenia adquirida e infecção por HIV.*

##### 3.1.3 Doenças inatadas

*Epidermólise bolhosa adquirida e doença inflamatória do intestino.*

#### 3.2 Outras desordens sistêmicas que influenciam a patogênese das doenças periodontais

Estas condições são: diabetes mellitus, obesidade, osteoporose, artrite (reumatoide e osteoartrite), estresse emocional, depressão, tabagismo (dependência de nicotina) e uso de medicações. Elas devem

ser consideradas descritoras da doença (periodontite associada com DOENÇA). Notar que algumas destas condições (diabetes mellitus e tabagismo) já influenciam o grau da periodontite; portanto, entende-se que a classificação quanto ao estágio e ao grau deve ser mantida. No que se refere ao tabagismo, ressalta-se que ele agora está incluído na Classificação Internacional de Doenças e deve ser considerado uma dependência da nicotina e desordem médica crônica de relapso, e não um hábito. Estes indivíduos (tabagistas ou ex-tabagistas) devem ainda ser classificados quanto ao consumo atual ou passado de tabaco em maços/ano.

### GRUPO 3 - OUTRAS CONDIÇÕES QUE AFETAM O PERIODONTO (QUADRO 4)

#### 1. Manifestações Periodontais de Doenças e Condições Sistêmicas<sup>1,12,23</sup>

Desordens sistêmicas que podem resultar em perda dos tecidos periodontais de suporte independente de periodontite:

##### 1.1 Neoplasias

*Doenças neoplásicas primárias dos tecidos periodontais (carcinoma oral de células escamosas, tumores odontogênicos e outras neoplasias primárias dos tecidos periodontais) e neoplasias secundárias metastáticas dos tecidos periodontais.*

##### 1.2 Outras desordens que podem afetar os tecidos periodontais

*Granulomatose com poliangeite, histiocitose de células de Langerhans, granulomas de células gigantes, hiperparatireoidismo, esclerose sistêmica (escleroderma), doença do desaparecimento ósseo (Síndrome de Gorham-Stout).*

### 2. ABSCESSOS PERIODONTAIS E LESÕES ENDOPERIODONTAIS<sup>1,7,22</sup>

#### 2.1 Abscessos periodontais

Definição: acúmulo de pus localizado na parede gengival do sulco/bolsa periodontal, resultando em destruição tecidual significativa. Apresenta elevação ovoide da gengiva na parede lateral da raiz e sangramento à sondagem. Podem ainda ser observados: dor, supuração à sondagem, bolsa periodontal profunda e aumento da mobilidade dental.

Classificação baseada nos fatores etiológicos envolvidos:

**Quadro 4.** Resumo da Classificação das Outras Condições que Afetam o Periodonto de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia

CONDIÇÕES E DOENÇAS PERIODONTAIS				
Saúde Periodontal, Condições e Doenças Gengivais		Periodontite	Outras Condições que Afetam o Periodonto	
Manifestações Periodontais de Doenças e Condições Sistêmicas	Abscessos Periodontais e Lesões Endoperiodontais	Condições e Deformidades Mucogengivais	Forças Oclusais Traumáticas	Fatores Relacionados ao Dente e às Próteses

Fonte: Adaptado de Caton et al.<sup>1</sup>

### 2.1.1 Abscesso periodontal em paciente com periodontite (em uma bolsa periodontal preexistente)

#### 2.1.1.1 Exacerbação aguda

Em pacientes com periodontite não tratados, não responsivos à terapia para periodontite ou em terapia periodontal de suporte.

#### 2.1.1.2 Após o tratamento

Após raspagem, cirurgia ou medicação (antimicrobianos sistêmicos ou outras drogas, como a nifedipina).

### 2.1.2 Abscesso periodontal em paciente sem periodontite (pode ou não ter bolsa periodontal preexistente)

*Abscesso relacionado com: impactação (fio dental, elástico ortodôntico, palito dental, lençol de borracha ou milho de pipoca), hábitos deletérios (onicofagia), fatores ortodônticos, crescimento gengival e alterações da superfície radicular, por exemplo, alterações anatômicas severas (dente invaginado e odontodisplasia), alterações anatômicas menores (pérolas de esmalte, dilaceração cementsária), condições iatrogênicas (perfurações), dano radicular severo (fissura ou fratura, síndrome do dente rachado) ou reabsorção radicular externa.*

## 2.2 Lesões endoperiodontais

De nição: comunicação patológica entre os tecidos pulpar e periodontais em determinado dente, o que pode ocorrer de forma aguda ou crônica. Caracterizadas por bolsas periodontais profundas que se estendem ao ápice radicular e/ou por resposta a teste de vitalidade pulpar negativo ou alterado. Outros sinais e sintomas possíveis incluem evidência de perda óssea radiográfica na região apical ou de furca, dor espontânea ou à palpação/percussão, exsudato purulento/supuração, mobilidade dental, fistula, alterações de coloração na coroa do dente e/ou gengiva.

### 2.2.1 Lesão endoperiodontal com dano radicular

*Fratura radicular, perfuração do canal radicular ou do assoalho pulpar e reabsorção radicular externa.*

### 2.2.2 Lesão endoperiodontal em paciente com periodontite

**Grau 1:** bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular.

**Grau 2:** bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular.

**Grau 3:** bolsas periodontais profundas em duas ou mais superfícies radiculares.

### 2.2.3 Lesão endoperiodontal em paciente sem periodontite

**Grau 1:** bolsa periodontal estreita e profunda em uma superfície radicular.

**Grau 2:** bolsa periodontal larga e profunda em uma superfície radicular.

**Grau 3:** bolsas periodontais profundas em duas ou mais superfícies radiculares.

## 3. CONDIÇÕES E DEFORMIDADES MUCOGENGIVAIS<sup>1,13,23</sup>

A recessão gengival é influenciada pelo fenótipo periodontal, resultante da combinação de fenótipo gengival (volume gengival tridimensional - não usar biotipo gengival, pois este se refere à genética) com a espessura do osso alveolar vestibular (morfofoto ósseo). Para o diagnóstico, deve-se utilizar a transparência gengival da sonda durante a sondagem: sonda visível = fenótipo fino (< 1 mm); sonda não visível = fenótipo espesso (> 1 mm). Além disso, verificar a distância (em mm) da margem gengival à junção mucogengival. Não há mensuração clínica do morfofoto ósseo.

### 3.1 Condição mucogengival na presença de recessões gengivais

Migração apical da margem gengival/tecidual causada por diferentes condições/patologias. As recessões devem ser classificadas em:

#### 3.1.1 Classificação das recessões gengivais (extensão vertical da recessão)

**Recessão Tipo 1 (RT1):** sem perda de inserção interproximal. Junção cimento-esmalte (JCE) interproximal não detectável clinicamente na mesial ou na distal.

**Recessão Tipo 2 (RT2):** perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

**Recessão Tipo 3 (RT3):** perda de inserção interproximal, com distância da JCE ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular (medida da JCE ao fundo de sulco/bolsa na vestibular).

#### 3.1.2 Degrau

A condição radicular deve ser considerada de acordo com a presença ou não de concavidades na superfície radicular. Essa classificação de ne:

**Classe +** presença de um degrau cervical > 0,5 mm

**Classe -** ausência de degrau cervical > 0,5 mm

**Assim, qualquer tipo de recessão (RT1, RT2 ou RT3) deve ser seguida do degrau (+ ou -).**

### 3.2 Condição mucogengival na ausência de recessões gengivais

Fenótipo gengival fino e/ou faixa estreita/ausência de mucosa queratinizada na ausência de recessão gengival (considerando que qualquer espessura de mucosa queratinizada é suficiente para manter saúde periodontal).

## 4. FORÇAS OCLUSAIS TRAUMÁTICAS<sup>1,14,23</sup>

Forças oclusais traumáticas são definidas como qualquer força oclusal que resulte em dano aos tecidos e/ou ao aparato de inserção periodontal. Trauma oclusal foi definido como um termo histológico que descreve os danos ao aparato de inserção periodontal. Não há evidências de que forças oclusais traumáticas causem perda de

inserção periodontal ou acelerem a progressão da periodontite em humanos. Contudo, há evidências de que forças oclusais não causam recessão gengival.

#### 4.1 Trauma oclusal primário

Dano que resulta em mudanças teciduais de forças oclusais traumáticas aplicadas a dente(s) com suporte periodontal normal (mobilidade adaptativa e não progressiva).

#### 4.2 Trauma oclusal secundário

Dano que resulta em mudanças teciduais de forças normais ou oclusais traumáticas em dente(s) com suporte periodontal reduzido. Dentes com mobilidade progressiva podem apresentar migração e dor em função, além de requerer espiplintagem.

#### 4.3 Forças ortodônticas

Estudos em animais sugerem que essas forças podem afetar negativamente o periodonto e resultar em reabsorção radicular, desordens pulpares, recessão gengival e perda óssea alveolar. Estudos observacionais mostram que dentes com periodonto saudável – mas reduzido – podem ser submetidos a tratamento ortodôntico sem comprometimento dos tecidos periodontais de suporte, desde que haja bom controle de placa.

## 5. FATORES RELACIONADOS AO DENTE E ÀS PRÓTESES<sup>1,15,23</sup>

Podem predispor a doenças periodontais, dependendo da susceptibilidade do indivíduo.

### 5.1 Fatores locais relacionados ao dente que podem modificar ou predispor a doenças gengivais induzidas pelo biofilme/periodontite

- **Fatores anatômicos do dente.**
- **Fraturas radiculares.**
- **Reabsorção cervical e dilaceração cementária.**
- **Proximidade radicular.**
- **Erupção passiva alterada- condição de desenvolvimento com relações dento-alveolares anormais. A margem gengival (e, algumas vezes, o osso) está localizada coronalmente, levando a falsas bolsas e a problemas estéticos. É preciso realizar tratamento periodontal cirúrgico.**

### 5.2 Fatores locais relacionados à prótese dental

Os fatores locais relacionados à prótese se referem a condições que podem levar ao acúmulo de biofilme e a más condições de controle de placa pelos pacientes.

#### 5.2.1 Margens de restaurações posicionadas no espaço dos tecidos aderidos supraósseos

Notar o uso do termo adesão tecidual “supracrestal” ou “supraóssea” em substituição à “distância biológica”. Essas invasões levam à inflamação e à perda de tecidos periodontais de suporte, mas a causa (biofilme, trauma ou outra) ainda não está clara.

#### 5.2.2 Procedimentos clínicos relacionados à confecção de restaurações indiretas

#### 5.2.3 Reações de hipersensibilidade/toxicidade aos materiais odontológicos

## CONDIÇÕES E DOENÇAS PERI-IMPLANTARES (QUADRO 5)<sup>1,24</sup>

As doenças peri-implantares (mucosite peri-implantar e peri-implantite) são aquelas associadas ao biofilme, e a progressão da peri-implantite parece ser mais rápida que a da periodontite. Recomenda-se que os clínicos obtenham radiografias e medidas de sondagem imediatamente após a instalação da prótese sobre implante. Uma radiografia adicional depois do período de carga deve ser obtida para se estabelecer uma referência de nível ósseo após a remodelação biológica. Devem ser obtidas radiografias e dados clínicos prévios, caso seja um paciente novo na implantodontia, para avaliar as mudanças no nível ósseo.

### 1. Saúde Peri-implantar<sup>1,16,24</sup>

Ausência de sinais clínicos de inflamação, ausência de sangramento e/ou supuração após delicada sondagem, sem aumento de profundidade de sondagem em relação a exames prévios, e ausência de perda óssea, além daquelas observadas após a fase de remodelação biológica.

### 2. Mucosite Peri-implantar<sup>1,17,24</sup>

Presença de sangramento e/ou supuração à sondagem gentil com ou sem aumento de profundidade de sondagem, comparando-se com exames prévios, e ausência de perda óssea, além daquelas observadas após a fase de remodelação biológica.

### 3. Peri-implantite<sup>1,18,24</sup>

Presença de sangramento e/ou supuração após delicada sondagem, aumento da profundidade de sondagem em relação a exames prévios, presença de perda óssea, além daquelas observadas após a fase de remodelação óssea.

**Quadro 5.** Resumo da Classificação das Condições e Doenças Peri-implantares de 2018 de acordo com a Academia Americana de Periodontia e a Federação Europeia de Periodontia

CONDIÇÕES E DOENÇAS PERI-IMPLANTARES			
Saúde Peri-Implantar	Mucosite Peri-Implantar	Peri-Implantite	De ciências nos Tecidos Peri-Implantares Moles e Duros

Na ausência de exames prévios, podem ser utilizados os seguintes critérios: presença de sangramento e/ou supuração após delicada sondagem, profundidades de sondagem iguais ou superiores a 6 mm, nível ósseo de 3 mm ou mais apical à porção mais coronária da porção intraóssea do implante. Considerar a recessão da mucosa marginal na avaliação clínica.

#### 4. DEFICIÊNCIAS NOS TECIDOS PERI-IMPLANTARES MOLES E DUROS<sup>1,19,24</sup>

As deficiências dos tecidos peri-implantares estão diretamente relacionadas às condições clínicas antes, no decorrer e depois da colocação dos implantes.

##### 4.1 Dimensão diminuída do processo alveolar/rebordo

Exposição aos seguintes fatores: perda de suporte periodontal, infecções endodônticas, fraturas radiculares longitudinais, tábua óssea vestibular delgada, posicionamento dental vestibularizado/lingualizado no arco, extração com trauma adicional aos tecidos, injúria, pneumatização do seio maxilar, medicações e doenças sistêmicas que reduzam a quantidade de osso formado, agenesia dental, pressão exercida por próteses parciais removíveis e combinações.

##### 4.2 Recessão da mucosa Peri-implantar

Exposição aos seguintes fatores: mau posicionamento do implante, ausência de osso vestibular, tecido mole no, ausência de tecido queratinizado, estado de inserção dos dentes adjacentes e trauma cirúrgico.

##### 4.3 Ausência de mucosa queratinizada

Não existem evidências sobre o efeito da mucosa queratinizada na saúde peri-implantar em longo prazo. No entanto, parece haver vantagens em relação ao conforto do paciente e facilidade no controle do biofilme.

##### 4.4 Osso Peri-implantar

A altura da papila entre dentes e implantes é afetada pela altura dos tecidos periodontais nos dentes adjacentes aos implantes. A altura da papila entre implantes é determinada pela crista óssea entre implantes. Não há conclusões sobre a necessidade da tábua óssea vestibular para suportar o tecido mole vestibular do implante em longo prazo.

## REFERÊNCIAS

1. Caton GJ, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S1-8. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12935>. PMID:29926489.
2. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol.* 1999;4(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.1902/annals.1999.4.1.1>. PMID:10863370.
3. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S9-16. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12936>. PMID:29926485.
4. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S17-27. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12937>. PMID:29926503.
5. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S28-43. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12938>. PMID:29926497.
6. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S44-67. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12939>. PMID:29926492.
7. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S78-94. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12941>. PMID:29926493.
8. Fine DH, Patil AG, Loos BG. Classification and diagnosis of aggressive periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S95-111. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12942>. PMID:29926487.
9. Needleman I, Garcia R, Gkranias N, Kirkwood KL, Kocher T, Iorio AD, et al. Mean annual attachment, bone level, and tooth loss: A systematic review. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S112-29. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12943>. PMID:29926483.
10. Billings M, Holtfreter B, Papananou PN, Mitnik GL, Kocher T, Dye BA. Age-dependent distribution of periodontitis in two countries: Findings from NHANES 2009 to 2014 and SHIP-TREND 2008 to 2012. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S130-48. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12944>. PMID:29926501.
11. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S149-61. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12945>. PMID:29926495.
12. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S171-89. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12947>. PMID:29926486.
13. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S190-8. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12948>. PMID:29926504.
14. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S199-206. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12949>. PMID:29926498.



15. Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S207-18. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12950>. PMID:29926482.
16. Araujo MG, Lindhe J. Peri-implant health. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S230-6. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12952>. PMID:29926494.
17. Heitz-Mayfield LJA, Salvi GE. Peri-implant mucositis. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S237-45. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12953>. PMID:29926488.
18. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S246-66. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12954>. PMID:29926484.
19. Hammerle CHF, Tarnow D. The etiology of hard- and soft-tissue deficiencies at dental implants: A narrative review. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S267-77. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12955>. PMID:29926502.
20. Renvert S, Persson GR, Pirih FQ, Camargo PM. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S278-85. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12956>. PMID:29926496.
21. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S68-77. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12940>. PMID:29926499.
22. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S162-70. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12946>. PMID:29926490.
23. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, Bouchard P, Cortellini P, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S219-29. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12951>. PMID:29926500.
24. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, et al. Peri-implant diseases and conditions: consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.* 2018;45(Suppl 20):S286-91. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12957>. PMID:29926491.

#### \*AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

---

João Paulo Steffens, UFPR – Departamento de Estomatologia, Av. Prof. Lothário Meissner, 632, 80210-170 Curitiba - PR, Brasil, e-mail: joao.steffens@ufpr.br

## Errata

No artigo ~~ODM DomRDRRDRRQHLRRLHLLPSODQUKDBiRRHMM~~, com número de DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.04704>, publicado no periódico Revista de Odontologia da UNESP, 47(4):189-197, na página 192:

Onde se lia:

“Característica determinante: evidência direta de não progressão de perda de inserção por 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de até 0,25 mm.”

Leia-se:

“Característica determinante: evidência direta de não progressão de perda de inserção por 5 anos ou indireta de razão da perda óssea ~~UDGRUipSUMPSRUQPSHOPUH~~ DomRDRRPSULPRQUDLRSLRUHLRGMGSHDLQSDEN (razão %perda óssea/idade), de até 0,25mm.”

Onde se lia:

“Característica determinante: evidência direta de progressão inferior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano de 0,25-1 mm.”

Leia-se:

“Característica determinante: evidência direta de progressão inferior a 2 mm em 5 anos ou indireta de razão %perda óssea/idade de 0,25-1mm.”

Onde se lia:

“Característica determinante: evidência direta de progressão igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano superior a 1 mm.”

Leia-se:

“Característica determinante: evidência direta de progressão igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou indireta de razão %perda óssea/idade superior a 1mm.”

