

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ANA KAROLINA ALVES VIEIRA PINHO

**PERFIL CLÍNICO DA PERIODONTITE MOLAR INCISIVO ANTES E APÓS
TERAPIA ANTI-INFECCIOSA: relato de caso**

São Luís
2021

ANA KAROLINA ALVES VIEIRA PINHO

**PERFIL CLÍNICO DA PERIODONTITE MOLAR INCISIVO ANTES E APÓS
TERAPIA ANTI-INFECCIOSA: relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco como requisito parcial para obtenção do grau em bacharel em Odontologia

Profa. Dra. Adriana Cutrim de Mendonca Vaz

São Luís

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Pinho, Ana Karolina Alves Vieira

Perfil clínico da periodontite molar incisivo antes e após
terapia anti-infecciosa: relato de caso. / Ana Karolina Alves Vieira
Pinho. __ São Luís, 2021.

59 f.

Orientador: Profa. Dra. Adriana Cutrim de Mendonça Vaz
Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de
Odontologia –Centro Universitário Unidade de Ensino Superior
Dom Bosco –UNDB, 2021.

1. Doenças periodontais. 2. Saúde bucal. 3. Periodontia.
I. Título.

CDU 616.311.2-085

ANA KAROLINA ALVES VIEIRA PINHO

**PERFIL CLÍNICO DA PERIODONTITE MOLAR INCISIVO ANTES E APÓS
TERAPIA ANTI-INFECCIOSA: relato de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia do Centro
Universitário Unidade de Ensino Superior Dom
Bosco como requisito parcial para obtenção do
grau em bacharel em Odontologia

Aprovada em: ___30___/___11___/ 2021.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ma. Adriana Cutrim de Mendonça Vaz (Orientadora)
Doutora em Periodontia
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Cláudio Vanucci Silva de Freitas
Doutor em Odontologia
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Tatiana Valois de Sá Ferroni
Mestre em Ciências da Saúde
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Dedico este trabalho a minha família, que foram os meus principais incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente eu quero agradecer a Deus todo poderoso, criador do céu e da terra, pela oportunidade de estar viva, de aprender todos os dias e viver uma vida com um propósito maior. Adiante, não poderia deixar de falar da minha família que sempre acreditou em mim e não mediu esforços para me ver realizar meus sonhos, mesmo com tantos desafios. `A minha mãe ao meu pai, eu agradeço pela força e determinação para fazer o possível e impossível para me dar uma boa criação e estudos de qualidade, ao meu irmão por sempre me acalmar e dizer que no final tudo ia dar certo. As minhas tias\tios, tias-avós, avó e avô minha eterna gratidão por sonharem meus sonhos juntos comigo, por acreditarem em mim e por nunca terem deixado faltar nada durante esses 5 (cinco) anos de curso.

Aos meus amigos de longas datas, Raíssa, Rebeca, Ana Paula e Nicholas deixo aqui minha forma de demonstração de todo amor e carinho que sinto por vocês. Todos foram e são minha fonte diária de paz e equilíbrio. A cada encontro e momento que tenho com vocês eu tenho a certeza de que o amor de vocês é minha cura e meu acalento. Vocês têm um lugar especial em minha vida. Obrigada pela recíproca verdadeira durante todos esses anos.

Agradeço a minha orientadora Adriana Mendonça por ter aceitado a me conduzir nessa etapa tão importante, por se fazer presente, por fazer eu conhecer e me apaixonar pelo mundo da periodontia e por depositar confiança em mim nesse projeto tão desafiador. Deixo aqui minha eterna gratidão e carinho a você, por ter acreditado em mim e me mostrar que sou capaz de tudo aquilo que me proponho a fazer com esmero e dedicação.

Também agradeço aos meus colegas de graduação, em especial aos meus grandes amigos Ana Beatriz Mendonça, Beatriz Fernandes, Giulia Landim, Cíntia Matos, Samara Cardoso, Vânia Azevedo, Claudiane Araújo, Antônio Ítalo e Ariane Carvalho. Vocês foram e são motivo de muita alegria durante esses anos. Sou muito feliz por poder chamar cada um de amiga (o). Tenho certeza que vocês serão grandes profissionais e estou aqui para vocês para o der e vier. Amo vocês.

Deixo aqui o meu agradecimento especial `a minha dupla Ana Beatriz Mendonça por ter chegado tão de repente e ter feito morada em meu coração, sem você a caminhada teria sido muito difícil e eu só tenho alegria e carinho por você ter

sido minha dupla durante todos esses anos de curso. Obrigada por ter sido tão companheira, amiga e confidente. Vou sentir saudades da nossa rotina.

À Giulia Landim, minha eterna gratidão por ter iniciado a etapa da graduação ao meu lado e se fazer presente mesmo de longe. Você mora no meu coração.

Não poderia deixar de falar sobre grandes amigos que chegaram na metade do percurso, mas não deixaram de ser importantes e especiais em minha vida. Deixo aqui o nome de cada um que ganhou meu coração e meu agradecimento por ter a oportunidade de conhecer cada um de vocês. Aqui escrevo a Filipe Ruan, Jullieny Luise, Isadora Arraes, Pedro Victor Matias, Bruna Oliveira, Moema Dutra, Victoria Saraiva, Alana Ramos, Pedro Lucas e Emiliana Cardoso.

Um agradecimento especial a Fábio Lessa por todo companheirismo, incentivo, carinho e parceria durante esses anos.

Ao Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, por me proporcionar um ensino de alta qualidade com um corpo docente muito empenhado. Deixo aqui um agradecimento especial aos meus professores Pedro Natividade, Luana Cantanhede, Cadidja do Carmo, Cláudio Vanucci, Tatiana Valois, Isabela Gomes Azevedo, Maurício Demétrio, Andria Milano, Graziela Ribeiro, Karine Travassos e Danielli Zucateli por terem marcado minha trajetória acadêmica, saibam que cada um me passou grandes ensinamentos.

Também agradeço aos funcionários da clínica de Odontologia, que contribuíram direta e indiretamente para a minha formação acadêmica.

RESUMO

A Periodontite Padrão Molar Incisivo é classificada como uma patologia crônica multifatorial tendo associação com um biofilme disbiótico. Essa doença é caracterizada pela perda clínica de inserção de 3 mm ou mais em dois ou mais sítios, presença de bolsas periodontais profundas e perda óssea radiográfica nos incisivos e primeiros molares. Além de acometer indivíduos sistemicamente saudáveis. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de periodontite padrão molar incisivo, em que foram feitos procedimentos cirúrgicos em associação com a antibioticoterapia. A paciente do presente estudo foi diagnosticada com periodontite padrão molar incisivo, a qual realizou o tratamento na clínica escola de Odontologia do Centro Universitário UNDB. A terapia foi realizada através de procedimentos cirúrgicos envolvendo raspagem subgengival além de raspagens supragengivais, em conjunto com o uso de antibióticos sistêmicos desde da primeira sessão. Logo, a partir desse trabalho foi perceptível a melhora dos parâmetros clínicos da paciente, como diminuição do índice de sangramento e da profundidade à sondagem, favorecendo assim um adequado prognóstico.

Palavras-chave: Doenças periodontais. Saúde bucal. Periodontia.

ABSTRACT

Pattern Molar Incisor Periodontitis is classified as a chronic multifactorial pathology having association with a dysbiotic biofilm. This disease is characterized by clinical attachment loss of 3mm or more in two or more sites, presence of deep periodontal pockets, and radiographic bone loss in the incisors and first molars. In addition to affecting systemically healthy individuals. The objective of this paper is to report a clinical case of standard molar incisor periodontitis, in which surgical procedures were performed in association with antibiotic therapy. Case report: the patient in the present study was diagnosed with standard molar incisor periodontitis, who underwent treatment at the dental school clinic of Centro Universitário UNDB. Therapy was performed through surgical procedures involving subgingival scaling in addition to supragingival scaling, together with the use of systemic antibiotics from the first session. Therefore, from this work onwards, an improvement in the patient's clinical parameters was noticeable, such as a reduction in the bleeding rate and in the depth of the probing, thus favoring an adequate prognosis.

Keywords: Periodontal diseases. Oral health. Periodontics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	- Periograma antes da terapia anti-infecciosa	15
Figura 2	- Fotografia intrabucal visão frontal	16
Figura 3	- Fotografia intrabucal do lado esquerdo	17
Figura 4	- Fotografia intrabucal lado direito	17
Figura 5	- Perda óssea vertical e horizontal dos elementos 11 e 21	18
Figura 6	- Perda óssea vertical e horizontal dos elementos 46 e 47	18
Figura 7	- Perda óssea extensa dos elementos 34, 35 e 36	19
Figura 8	- Perda óssea vertical do elemento 44	19
Figura 9	- Mesa cirúrgica com os instrumentais utilizados	20
Figura 10	- Perda óssea horizontal e vertical dos elementos 34 e 35	21
Figura 11	- Perda óssea horizontal e vertical dos elementos 16 e 17	22
Figura 12	- Perda óssea vertical e horizontal extensa dos elementos 26, 27 e 28.	22
Figura 13	- Visão lateral esquerda após terapia anti-infecciosa	23
Figura 14	- Visão lateral direita após terapia anti-infecciosa	23
Figura 15	- Visão frontal após terapia anti-infecciosa	23
Figura 16	- Periograma após a terapia anti-infecciosa	24

LISTA DE SIGLAS

Aa	<i>Agregatibacter actinomycetemcomitans</i>
AMX	Amoxicilina
MD	Mobilidade Dentária
MTZ	Metronidazol
NIC	Nível de Inserção Clínica
OS	Profundidade á sondagem
Pg	<i>Porphyromonas gingivalis</i>
PMG	Posição da Margem Gengival
RAR	Raspagem e alisamento radicular
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA.....	13
3	RELATO DE CASO	14
4	DISCUSSÃO	26
5	CONCLUSÃO.....	31
	REFERÊNCIAS.....	32
	APÊNDICE A - ARTIGO CIENTÍFICO	35
	ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o termo “saúde” é estabelecido por meio do bem-estar social, mental, físico e espiritual. Sobre a saúde periodontal, entende-se como saúde clínica, levando em consideração o periodonto íntegro, um paciente que não apresenta perda de inserção, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios, profundidade à sondagem até 3 mm e sem possuir perda óssea radiográfica (BARBOSA; TUNES, 2018).

Quando esse periodonto se encontra reduzido em um indivíduo com a periodontite estável, o mesmo possui perda de inserção, profundidade à sondagem em até 4 mm, perda óssea radiográfica e sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios. Quanto a um paciente sem a doença periodontite, o mesmo já obtém perda de inserção, profundidade à sondagem até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e uma provável perda óssea vista na radiografia (BARBOSA; TUNES, 2018).

Nos casos em que não são realizados os protocolos de tratamento de maneira eficaz, ocorre a manifestação da doença periodontal, a qual é denominada como uma inflamação nos tecidos de suporte dos dentes a partir dos microrganismos presentes na superfície dentária e logo na região supragengival e subgengival. Essa patologia é multifatorial, tendo influência do ambiente, hospedeiro e genética. Atualmente, essa doença possui denominações, como gengivite e periodontite, as quais são intituladas por meio da sua extensão, distribuição, estágios e graus (BARBOSA; TUNES, 2018).

A gengivite é a forma mais comum de patologia presente na cavidade oral, a qual se manifesta por meio de um periodonto com inflamação gengival reversível, porém quando não tratada de maneira eficaz pode evoluir para uma periodontite. Ela pode ser classificada como: de acordo com sua extensão e distribuição. Dando destaque para a extensão, a mesma se divide em: localizada ou generalizada. A localizada refere-se quando de 10% até 30% dos sítios apresentam sangramento à sondagem, enquanto a generalizada possui sangramento em mais de 30% dos sítios (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

Já a periodontite é definida como uma doença de caráter inflamatório crônico multifatorial, na qual ocorre a destruição dos tecidos periodontais de suporte e do osso alveolar, podendo levar à perda do elemento dentário. Essa doença ocorre

por meio da disbiose microbiana presente no biofilme (LERTPIMONCHAI *et al.*, 2017; STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

Essa patologia pode ser classificada de acordo com a sua extensão e distribuição. Em relação à extensão, a mesma tem como parâmetro a quantidade de dentes que são afetados, podendo ser denominada como: localizada, generalizada ou padrão molar-incisivo. A localizada é estipulada quando até 30% dos dentes são afetados; a generalizada é definida quando 30% ou mais dentes são acometidos; o padrão molar-incisivo é quando a doença é encontrada estritamente nesses elementos dentários (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

A partir do momento em que o cirurgião-dentista consegue realizar o diagnóstico correto de umas dessas patologias, é preciso dar início ao protocolo de tratamento a fim de oferecer qualidade de vida a esse paciente por meio de raspagem, alisamento radicular e colaboração do paciente para realizar de maneira correta a higienização (OPANASIUK, 2019; RECH, 2019).

Contudo, o tratamento periodontal, a depender da sua gravidade, pode necessitar da antibioticoterapia, a fim de reduzir a carga microbiana presente no periodonto que destrói o tecido de suporte dos elementos dentários, como ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar. Esse dano causado no periodonto dá-se pela produção de toxinas a partir das bactérias ou por meio de uma resposta imunopatológica deficiente do próprio hospedeiro (BORGES *et al.*, 2017).

O principal objetivo da terapia periodontal é remover a causa a fim de devolver a saúde do periodonto para o paciente. O tratamento é baseado na raspagem e alisamento radicular (RAR), independente da doença periodontal que o indivíduo apresente. Essa etapa do tratamento é imprescindível, por isso ela é conhecida como tratamento padrão ouro. Esse método é responsável por devolver a saúde por um período e diminuir alguns sinais clínicos da doença (OPANASIUK, 2019).

No entanto, mesmo realizada a terapia mecânica e as consultas de manutenção, existe a possibilidade de recolonização dos patógenos. Dessa forma, esses casos requerem a utilização da RAR com um tratamento complementar, como os antibióticos sistêmicos. Os principais medicamentos de escolha são: azitromicina e amoxicilina associada com metronizadol, sendo que essa junção tem demonstrado melhores resultados (FERES *et al.*, 2018).

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de caso descritivo, o qual apresenta toda a terapia periodontal necessária para devolver saúde periodontal do indivíduo. Esse tratamento ocorreu na clínica escola de Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, em que a paciente foi selecionada a partir de um exame clínico físico, intra e extraoral, realização de periograma, odontograma, além de exames complementares para auxiliar o diagnóstico. A paciente foi informada da sua condição, e a mesma aceitou a participar desse estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, o caso da paciente foi submetido na Plataforma Brasil e aprovado pelo CEP no CAAE: 52937221.7.0000.9448

Na elaboração do estudo foram utilizados artigos científicos das bases de dados do PubMed, Lilacs, Scielo, livros referências da área de periodontia e teses de mestrado e doutorado. Para compor a discussão do estudo foram selecionados artigos do período de 2010 a 2021, redigidos em português ou inglês, disponíveis na base de dados, além de livros de grande relevância da área. Foram excluídos trabalhos publicados antes do ano de 2010, em língua diferente do português e inglês e que não apresentem as palavras-chave em seu conteúdo.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, manicure, 27 anos, procurou a clínica escola de Odontologia do Centro Universitário UNDB com a seguinte queixa: “tô perdendo osso, meus dentes estão separando.”

Em seguida foi realizada a anamnese, em que a paciente informou não possuir nenhuma comorbidade sistêmica, não ser fumante, sentir constante sensibilidade nos dentes e fortes dores de cabeça de forma frequente. Quando questionada se outra pessoa da sua família possuía doença periodontal semelhante à sua, a mesma declarou que sua prima apresenta sinais e sintomas idênticos aos seus. Relatou escovação regular 3 vezes ao dia, com uso de fio dental 1 vez ao dia e usar enxaguante bucal. Além do mais, a paciente constatou que sua gengiva sangra de forma espontânea e que tem apertamento dentário voluntário.

Sobre os seus hábitos alimentares, a paciente comunicou que faz 4 refeições ao dia, em que sua dieta é de baixo nível cariogênico. Durante o exame físico, os seus sinais vitais avaliados foram: frequência respiratória de 16 rpm e pressão arterial de 120\80mm Hg. Em relação à palpação e avaliação dos músculos da face não foi perceptível nenhuma alteração.

Após, foi efetivado o periograma, de forma bem detalhada e minuciosa em que foi avaliada a Posição da Margem Gengival (PMG), Profundidade à sondagem (PS), Nível de Inserção Clínica (NIC), Mobilidade Dentária (MD) e o envolvimento de furca (Figura 1).

Adiante, realizou-se o odontograma, em que foi constatado lesão cariiosa nos elementos 18, 17, 28 e 47. Além do mais, tratamento endodôntico no dente 21 e a presença de restaurações insatisfatórias no 38, giroversão do 35 e apinhamento dos elementos 31 e 32.

No exame periodontal, foi possível analisar bolsas periodontais de até 9 mm e índice de sangramento gengival de 22%. Em relação a mobilidade, foi constatado grau I nos dentes 24 e 26 e sobre os níveis baixos de biofilme e cálculo presentes na cavidade oral da paciente, os mesmos não condizia com a destruição periodontal apresentada nos dentes. Em seguida foram realizadas fotografias intra-orais da paciente (Figuras 2, 3 e 5).

Figura 1 - Periograma antes da terapia anti-infecciosa

PERIOGRAMA

Data

Paciente Sobrenome

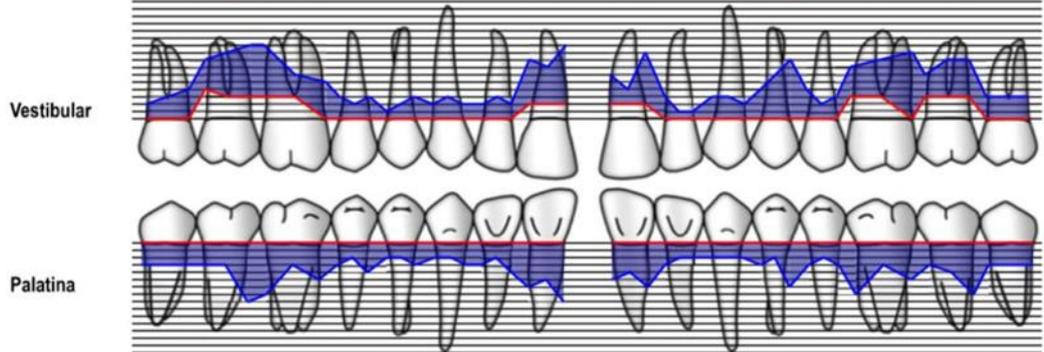
Nome

Data de Nascimento

Exame Inicial Reavaliação

Profissional

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
Implante																	
Furca																	
Sangramento à sondagem		■	■	■	■			■	■	■				■	■	■	■
Placa																	
Margem gengival	0	0	-4	-3	-3	-3	0	0	-2	-2	0	0	0	0	-3	-3	-3
Profundidade de sondagem	2	3	4	4	6	7	7	3	4	2	7	3	1	1	3	3	3



Margem gengival	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Profundidade de sondagem	3	3	3	3	8	7	3	5	5	4	6	3	2	2	2	2	3
Placa																	
Sangramento à sondagem			■	■	■	■	■	■	■								
Furca																	
Nota																	

Média da profund. de sondagem = 3.7 mm Média do nível de inserção = -3.9 mm 0% Placa 19% Sangramento à sondagem

Figura 3 - Fotografia intrabucal do lado esquerdo.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 4 - Fotografia intrabucal lado direito.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Foi solicitado radiografia panorâmica e radiografia periapicais de toda cavidade oral para ser analisado a perda óssea. A partir desse exame, verificou-se perdas ósseas de forma vertical e horizontal (Figuras 5, 6,7 e 8). Levando em consideração todas as informações obtidas durante a anamnese, exame físico, exame clínico intra e extra-oral e exames complementares, o diagnóstico dessa paciente é sugestivo a Padrão Molar-Incisivo, antiga Periodontite Agressiva.

Figura 5 - Perda óssea vertical e horizontal dos elementos 11 e 21.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 6 - Perda óssea vertical e horizontal dos elementos 46 e 47.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 7 - Perda óssea extensa dos elementos 34, 35 e 36.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 8 - Perda óssea vertical do elemento 44.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Referente ao plano de tratamento desta paciente, o mesmo foi construído com base no tratamento padrão-ouro associado com antibióticos sistêmicos, o qual é baseado em raspagens supragengivais e subgengivais de todos os sextantes, sob anestesia. Na primeira sessão do tratamento foi realizado aferição da pressão da paciente, preparo dos materiais a serem utilizados, como cabo de bisturi com lâmina 15C, tubete anestésico de mepvacaína, gazes, soro, curetas MacCall, curetas gracey da marca Golgran, uso de campo cirúrgico, descolador de freer, descolador

de Periomolt, porta agulha tipo castroviejo, pinça Dietrich, tesoura cirúrgica tipo Goldman-Fox, fio de sutura nylon 5-0, entre outros (Figura 9).

Figura 9 - Mesa cirúrgica com os instrumentais utilizados.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A primeira etapa a ser feita foi a anestesia com lidocaína no nervo alveolar inferior, fundo de sulco e infiltrativa. Em seguida utilizou-se o cabo de bisturi com a lâmina 15c para dar início a cirurgia de acesso do VI sextante a fim de efetivar a raspagem subgengival dessa região, mais a raspagem supragengival. Além do mais foi iniciado o uso de antibióticos sistêmicos a partir da primeira sessão de raspagem subgengival.

Os medicamentos de escolha foram Amoxicilina 500 mg e Metronidazol 250 mg do laboratório Medley, via oral, de 8 em 8 horas durante 10 dias associado com o uso de Clorexidina 0,12%, 1 frasco, fazer o bochecho com 15 ml de volume 2 vezes ao dia durante 14 dias.

Posteriormente, foi efetuada a retirada dos pontos de sutura e logo após a segunda sessão de raspagem subgengival e supragengival do V sextante sob anestesia. Os materiais de escolha foram anestésicos a base de lidocaína, cabo de bisturi com lâmina 15c, curetas gracey da Golgran, fio de sutura, etc. Já na terceira

sessão a raspagem subgengival e supragengival foi do IV sextante, fazendo o mesmo passo a passo realizado desde a primeira sessão. Contudo, em algumas sessões não foi realizada a cirurgia de retalho.

Dando continuidade ao tratamento, ocorreu a raspagem subgengival e supragengival do III, II e I sextante a cada sessão de tratamento, respeitando o tempo de 10-12 dias de intervalo, sempre ressaltando e incentivando a paciente a realizar a higienização da cavidade oral de forma satisfatória, além de explicar que grande parte do êxito do tratamento depende do comprometimento da mesma em ter um cuidado a mais com a limpeza dos seus dentes e a cada 3 meses ir ao cirurgião-dentista para manter um quadro clínico de saúde periodontal.

As consultas de manutenção trimestral foram realizadas na clínica escola de Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco-UNDB, sendo necessário a realização de um novo periograma a fim de comparar e analisar se houve redução do índice de sangramento gengival e da profundidade de sondagem. Além de um novo exame radiográfico periapical completo onde foi analisado o prognóstico do caso da paciente (Figuras 10, 11 e 12).

Figura 10 - Perda óssea horizontal e vertical dos elementos 34 e 35.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 11 - Perda óssea horizontal e vertical dos elementos 16 e 17.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 12- Perda óssea vertical e horizontal extensa dos elementos 26,27 e 28.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Além do mais, o aspecto clínico da paciente teve um adequado prognóstico, como uma diminuição da sensibilidade dentinária que a mesma queixava-se, ademais uma melhora na fisionomia do tecido periodontal da paciente, com uma aparência mais rosada e como menos inflamação aparente (Figuras 13, 14 e 15).

Figura 13 - Visão lateral esquerda após terapia anti-infecciosa.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 14 - Visão lateral direita após terapia anti-infecciosa.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 15 - Visão frontal após terapia anti-infecciosa.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

No periograma foi possível verificar a redução da profundidade á sondagem em alguns sítios periodontais e diminuição dos índices de sangramento, perceptíveis na figura a seguir:

Figura 16 - Periograma após a terapia anti-infecciosa

PERIOGRAMA

Data 24/09/2021

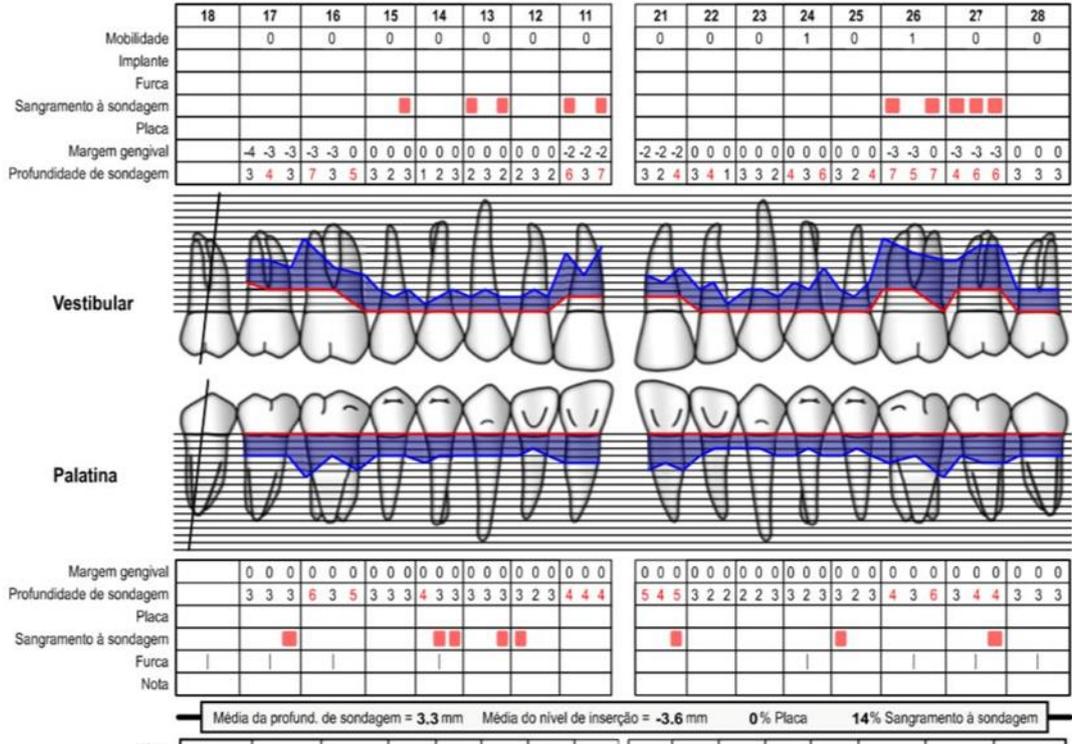
Paciente Sobrenome Serra

Nome Tatiana Teixeira

Data de Nascimento 27/06/1993

Exame Inicial Reavaliação

Profissional Estudante de Odontologia



4 DISCUSSÃO

Os antibióticos são considerados substâncias químicas, as quais são produzidas a partir de microrganismos vivos ou semissintéticos. Eles têm a capacidade de inibir a proliferação das bactérias patogênicas e até mesmo eliminá-las (ANDRADE *et al.*, 2014).

Essas drogas são bastantes utilizadas no âmbito da medicina e odontologia, em que ela vai servir como coadjuvante durante o tratamento, a fim de reduzir as chances de reinfecção. Na odontologia, dando destaque para a área de periodontia, o uso de antibióticos vem sendo bastante utilizado em casos de periodontite, a qual consiste em uma doença inflamatória crônica multifatorial que destrói os tecidos de suporte do dente (ANDRADE *et al.*, 2014).

O uso de antibióticos na terapia periodontal, tem como fundamento a redução da proliferação bacteriana, diminuir a profundidade das bolsas periodontais e recompor os níveis de inserção do tecido conjuntivo (FERES *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2015).

Sabe-se que para ter êxito no tratamento de doenças periodontais, é necessário que ocorra a remoção da causa, feita a partir de raspagem e alisamento radicular (RAR), a qual é considerada tratamento padrão ouro na terapia periodontal. Caso não haja regressão da doença, é que se vai dar início à antibioticoterapia (BORGES *et al.*, 2017; FERES *et al.*, 2014).

Durante a escolha dos medicamentos para uso do indivíduo, devem ser levados em consideração a situação sistêmica do paciente, peso, idade e a fase da doença. As drogas mais utilizadas em casos de periodontite, são: amoxicilina (AMX), metronidazol (MTZ) e azitromicina (FERES *et al.*, 2018; FERMIANO, 2016).

O protocolo terapêutico para o tratamento da periodontite é baseado na combinação de metronidazol e amoxicilina, contudo ainda não existe um protocolo ideal desses medicamentos, já que suas prescrições são baseadas naquelas utilizadas na medicina. Entretanto, isso pode prejudicar o tratamento periodontal devido às características singulares da periodontite (FERES *et al.*, 2018).

A falta de protocolos, para o uso de antibióticos no tratamento da doença periodontal, teve como resultado a elaboração de prescrições de forma heterogênea, em que essa medida pode interferir no controle da infecção, logo agindo diretamente na eficácia dos medicamentos (BORGES *et al.*, 2017).

Essa variação é perceptível a partir do protocolo em que a dosagem do metronizazol encontra-se entre 250 e 400 mg, três vezes ao dia e a duração do uso de antibióticos, que varia de 7 a 14 dias. Os estudos presentes na literatura demonstram que o período de administração do MTZ + AMX teve uma eficácia significativa no tratamento do que a dosagem de metronidazol isolada (BORGES *et al.*, 2017).

A organização da microbiota subgengival torna difícil o controle de infecções periodontais, uma vez que o biofilme contribui para a proteção dos microrganismos patogênicos tanto de agentes antimicrobianos quanto de mecanismos imunológicos (SOARES *et al.*, 2015).

Os indivíduos que tomaram, durante 14 dias, MTZ e AMX atingiram o resultado clínico para a eficiência do tratamento em 63%. Logo, é sugerido que a ingestão prolongada desses medicamentos é realizada com o objetivo de destruir os patógenos presentes de forma organizada no biofilme subgengival (BORGES *et al.*, 2017).

Além disso, é necessário destacar que para eliminar o foco de infecção é preciso promover a remoção da causa, a fim de garantir os resultados satisfatórios da antibioticoterapia. Essa erradicação dos patógenos é baseada na raspagem e alisamento radicular, além da contribuição do paciente ao realizar a higienização da cavidade oral, onde esse ato deve ocorrer de forma adequada (FERES *et al.*, 2018; LERTPIMONCHAI, 2017).

Esse protocolo irá garantir a formação de uma nova comunidade de biofilme, na qual os microrganismos ali presentes serão classificados como benéficos, o que irá melhorar os resultados clínicos já que ocorrerá a diminuição dos patógenos responsáveis pela doença periodontal, como *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), *Prevotella intermedia*, *Prevotella melaninogenica*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas gingivalis* (Pg), entre outros (BORGES *et al.*, 2017).

Esta mudança no perfil microbiano subgengival é feita a partir da manutenção de baixos níveis bacterianos por uma exposição mais longa ao MTZ + AMX que provavelmente permite mais tempo para a recolonização das bolsas por uma composição de biofilme de forma adequada para a manutenção da saúde do indivíduo (BORGES *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2015).

Segundo Feres *et al.* (2014) a nova comunidade de biofilme favorável para a saúde do periodonto é formada após 14 dias de administração do MTZ +

AMX, em conjunto com a raspagem e alisamento radicular nos quais os benefícios desse tratamento duram de 1 a 2 anos pós-terapia.

No momento da formação da nova comunidade de biofilme favorável para a saúde do periodonto, não há necessidade de repetir a antibioticoterapia, já que o uso excessivo desse medicamento pode acarretar em efeitos colaterais, como problemas gastrointestinais, além da resistência bacteriana (ANDRADE *et al.*, 2014; FERES *et al.*, 2018).

Ademais, é preciso manter baixos níveis de biofilme durante e após a terapia periodontal, já que para ocorrer a ação satisfatória do antibiótico é necessária a remoção da causa, além do que é crucial a diminuição dos microrganismos patógenos a fim de estabelecer uma nova comunidade de biofilme que seja compatível com a saúde, tendo como consequência o sucesso do tratamento (FERES *et al.*, 2018).

O fato é que nos estudos realizados por Borges *et al.* (2017), obteve-se como resultado que o protocolo de antibióticos deve ser feito a partir das evidências disponíveis, em que no estudo em questão o uso adjuvante de 400 mg ou 250 mg de MTZ mais 500 mg de AMX durante 14 dias, ofereceu resultados satisfatórios clinicamente sobre aqueles obtidos apenas com a terapia mecânica.

Durante o ensaio clínico, foi realizada a terapia adjunta com o uso sistêmico de antibióticos em pacientes diagnosticados com periodontite estágios III e IV generalizada, os quais foram submetidos a raspagem e alisamento radicular. Além de ser realizado o controle placebo, foi avaliada a combinação de MTZ de 250 ou 400 mg + AMX de 500 mg por 7 ou 14 dias, 3 vezes ao dia (BORGES *et al.*, 2017).

Os grupos de 14 dias de uso apresentaram resultados efetivos no exame clínico, apresentando < 4 sítios com profundidade á sondagem (PS) > 5 mm, após 1 ano do tratamento. Logo, o uso adjunto de metronidazol de 250 ou 400 mg + amoxicilina de 500 mg por 14 dias oferece benefícios clínicos relevantes no tratamento da doença periodontal (BORGES *et al.*, 2017). Da mesma forma que Feres *et al.* (2015) observaram em seus estudos que a administração de MTZ e AMX durante 7 dias não obteve resultados significativos no âmbito clínico e microbiológico, em comparação ao protocolo de 14 dias.

Logo, o uso dos antibióticos no tratamento da doença periodontal deve ser considerado como uma terapia de “suporte”, seja por meio da ação bactericida

ou bacteriostática, a fim de criar um meio adequado para que o indivíduo elimine os patógenos de forma eficaz através do seu sistema imunológico (OPANASIUK, 2019).

Sabe-se que a patogênese periodontal é o resultado do biofilme disbiótico subgingival e os eventos imunoflamatórios do hospedeiro presentes no tecido gengival. Com isso, a gengivite consiste em uma inflamação na gengiva de forma restrita e a periodontite é o avanço da doença para o ligamento periodontal e osso alveolar, tendo como consequência a perda de inserção clínica e a reabsorção do osso alveolar (CARRANZA *et al.*, 2014).

O desenvolvimento da doença periodontal dá-se pela inflamação da gengiva como resposta ao biofilme patogênico presente de forma subgingival. Essas alterações estão associadas com o início da formação da bolsa periodontal a partir do exsudato inflamatório que provoca a degeneração do tecido conjuntivo circundante. Sobre o epitélio juncional as fibras colágenas são danificadas, fazendo com que essa região seja composta por células inflamatórias (CARRANZA *et al.*, 2014).

A interpretação dos ensaios clínicos na periodontia com o passar dos anos, tem sido cada vez mais parcial devido a sua falta de padrão e subjetividade nas medidas encontradas nos demais estudos, o que ainda dificulta determinar se houve êxito na terapia periodontal. Contudo, com o passar dos anos os parâmetros foram sendo alterados, e assim foi fornecido uma definição de saúde periodontal através de um periodonto intacto e um periodonto reduzido (BARBOSA; TUNES, 2018).

Um dos principais meios de analisar os resultados adequados é observar os sinais clínicos benéficos para a saúde clínica do paciente, como: remissão da doença, qualidade de vida e a própria experiência do paciente após a realização da terapia periodontal. Apesar dos parâmetros de antigamente terem sido baseados na profundidade `a sondagem e possuírem uma certa fidelidade nos resultados clínicos positivos, eles não implicam a ideia de controle da patologia nem de benefícios tangíveis ao paciente. Portanto, outros desfechos clínicos foram sendo averiguados para analisar os resultados dos tratamentos periodontais (FERES *et al.*, 2020).

Tem sido debatido que mesmo no pós-tratamento periodontal, a presença de bolsas periodontais com sangramento `a sondagem, mesmo diante da terapia, são os fatores mais precisos para avaliar os resultados do tratamento. Além de que, bolsas periodontais são compostas por um biofilme disbiótico, o que favorece a

propagação dos patógenos periodontais e do sangramento `a sondagem (FERES *et al.*, 2020; BRANCO-DE-ALMEIDA *et al.*, 2021).

Essa relação associa que as bolsas periodontais são nichos propícios para a atividade da doença. Para avaliar a remissão da patologia, é sugerido analisar o desfecho clínico após a fase anti-infecciosa ativa da terapia periodontal e entender que cada paciente e cada elemento dental devem ser analisados e estudados de forma individual, não deixando de levar em consideração os principais critérios, como: profundidade `a sondagem, mobilidade dentária, envolvimento de furca, índice de sangramento `a sondagem e verificar a presença dos principais fatores de risco, que são tabagismo, uso excessivo do álcool e ser portador de diabetes (SOARES *et al.*, 2015; FERES *et al.*, 2018).

O cirurgião-dentista deve ter consciência de que quanto menor for o índice de sangramento pós tratamento periodontal, maiores são as chances da estabilidade da doença de forma longitudinal (FERES *et al.*, 2020).

5 CONCLUSÃO

A partir desse estudo foi possível constatar que associação da terapia mecânica associado ao uso de antibióticos sistêmicos foi efetiva por meio da melhora dos parâmetros clínicos, como diminuição da profundidade á sondagem, nível de inserção clínica e índice de sangramento, causando assim uma estabilidade clínica da doença. Além disso, fez-se necessário a terapia de manutenção e cooperação do paciente diante todo o tratamento para alcançar êxito no tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eduardo Dias de *et al.* (org.). **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 238 p.

BARBOSA, Monica Dourado Silva; TUNES, Urbino da Rocha. Nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares. **J Dent Pub H**, v. 09, n. 03, p. 184-186, 2018. Disponível em: <https://bahiana.edu.br>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BORGES, Ivan *et al.* Different antibiotic protocols in the treatment of severe chronic periodontitis: a 1-year randomized trial. **Journal Of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 8, p. 822-832, 26 jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12721>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.12721>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRANCO-DE-ALMEIDA, L. S. *et al.* Treatment of localized aggressive periodontitis alters local host immunoinflammatory profiles: a long-term evaluation. **J. Clin. Periodontol.**, v. 48, n. 2, p. 237-248, feb. 2021. DOI: 10.1111/jcpe.13404.

CARRANZA, Fermín Alberto *et al.* **Periodontia clínica de Carranza**. Guanabara Saúde Profissional: Actualidades Médicas (AMOLCA), 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724709/>. Acesso em 28 ago. 2020.

FERES, Magda *et al.* Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. **Periodontology 2000**, v. 67, n. 1, p. 131-186, 12 dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/prd.12075>. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Geisla_Soares/publication/269418845_Systemic_antibiotics_in_the_treatment_of_periodontitis/links/5bc9ddac299bf17a1c5ff6c3/Systemic-antibiotics-in-the-treatment-of-periodontitis.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

FERES, Magda *et al.* The ideal time of systemic metronidazole and amoxicillin administration in the treatment of severe periodontitis: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 19, n. 1, p. 189-197, 27 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-018-2540-8>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounosp/v47n4/1807-2577-rounosp-47-4-189.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

FERES, M; RETAMAL-VALDES, B; FAVERI M, *et al.* Proposal of a clinical endpoint for periodontal trials: the treat-to-target approach. **Journal of the International Academy of Periodontology**, v. 22, n. 2, p. 41-53, apr. 2020.

FERMIANO, Daiane. **Resultados clínicos e microbiológicos do momento de administração de amoxicilina e metronidazol sistêmicos associados a raspagem e alisamento radicular em indivíduos com periodontite – avaliação longitudinal**. 2016. 57 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2016.

LERTPIMONCHAI, Attawood *et al.* The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. **International Dental Journal**, v. 67, n. 6, p. 332-343, 23 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12317>.

OPANASIUK, Maksym. **Tratamento antibiótico da periodontite**: o estado da arte. 2019. 68 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Curso de Medicina Dentaria, Instituto Universitário Egas Moniz, Egas Moniz - Portugal, 2019. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30890/1/Opanasiuk_Maksym.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

RECH, Jéssica Areze. **Avaliação da terapia periodontal em pacientes fumantes diagnosticados com periodontite**. 2019. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/11338/5444>. Acesso em: 28 ago. 2020.

SOARES, Geisla M. *et al.* Effects of Azithromycin, Metronidazole, Amoxicillin, and Metronidazole plus Amoxicillin on an In Vitro Polymicrobial Subgingival Biofilm Model. **Antimicrob Agents Chemother**, v. 5, n. 59, p. 2791-2798, 10 abr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394767/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiéríci. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Revista de Odontologia da Unesp**, FapUNIFESP (SciELO), v. 47, n. 4, p. 189-197, ago. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.04704>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772018000400189&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2020.

APÉNDICE

APÊNDICE A - ARTIGO CIENTÍFICO

PERFIL CLÍNICO DA PERIODONTITE MOLAR INCISIVO ANTES E APÓS TERAPIA ANTI-INFECCIOSA: relato de caso

CLINICAL PROFILE OF INCISIVE MOLAR PERIODONTITIS BEFORE AND AFTER ANTI-INFECTIVE THERAPY: case report

Ana Karolina Alves Vieira Pinho¹
Adriana Cutrim de Mendonça Vaz²

RESUMO

A Periodontite Padrão Molar Incisivo é classificada como uma patologia crônica multifatorial tendo associação com um biofilme disbiótico. Essa doença é caracterizada pela perda clínica de inserção de 3 mm ou mais em dois ou mais sítios, presença de bolsas periodontais profundas e perda óssea radiográfica nos incisivos e primeiros molares. Além de acometer indivíduos sistemicamente saudáveis. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico de periodontite padrão molar incisivo, em que foram feitos procedimentos cirúrgicos em associação com a antibioticoterapia. A paciente do presente estudo foi diagnosticada com periodontite padrão molar incisivo, a qual realizou o tratamento na clínica escola de Odontologia do Centro Universitário UNDB. A terapia foi realizada através de procedimentos cirúrgicos envolvendo raspagem subgingival além de raspagens supragengivais, em conjunto com o uso de antibióticos sistêmicos desde da primeira sessão. Logo, a partir desse trabalho foi perceptível a melhora dos parâmetros clínicos da paciente, como diminuição do índice de sangramento e da profundidade à sondagem, favorecendo assim um adequado prognóstico.

Palavras-chave: Doenças periodontais. Saúde bucal. Periodontia.

¹ Aluna do 10º período do curso de Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB). São Luís, MA, Brasil.

² Professora. Doutora em Odontologia. Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco (UNDB).

ABSTRACT

Pattern Molar Incisor Periodontitis is classified as a chronic multifactorial pathology having association with a dysbiotic biofilm. This disease is characterized by clinical attachment loss of 3mm or more in two or more sites, presence of deep periodontal pockets, and radiographic bone loss in the incisors and first molars. In addition to affecting systemically healthy individuals. The objective of this paper is to report a clinical case of standard molar incisor periodontitis, in which surgical procedures were performed in association with antibiotic therapy. Case report: the patient in the present study was diagnosed with standard molar incisor periodontitis, who underwent treatment at the dental school clinic of Centro Universitário UNDB. Therapy was performed through surgical procedures involving subgingival scaling in addition to supragingival scaling, together with the use of systemic antibiotics from the first session. Therefore, from this work onwards, an improvement in the patient's clinical parameters was noticeable, such as a reduction in the bleeding rate and in the depth of the probing, thus favoring an adequate prognosis.

Keywords: Periodontal diseases. Oral health. Periodontics.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o termo “saúde” é estabelecido por meio do bem-estar social, mental, físico e espiritual. Sobre a saúde periodontal, entende-se como saúde clínica, levando em consideração o periodonto íntegro, um paciente que não apresenta perda de inserção, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios, profundidade à sondagem até 3 mm e sem possuir perda óssea radiográfica (BARBOSA; TUNES, 2018).

Quando esse periodonto se encontra reduzido em um indivíduo com a periodontite estável, o mesmo possui perda de inserção, profundidade à sondagem em até 4 mm, perda óssea radiográfica e sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios. Quanto a um paciente sem a doença periodontite, o mesmo já obtém perda de inserção, profundidade à sondagem até 3 mm, sangramento à sondagem em menos de 10% dos sítios e uma provável perda óssea vista na radiografia (BARBOSA; TUNES, 2018).

Nos casos em que não são realizados os protocolos de tratamento de maneira eficaz, ocorre a manifestação da doença periodontal, a qual é denominada como uma inflamação nos tecidos de suporte dos dentes a partir dos microrganismos presentes na superfície dentária e logo na região supragengival e subgengival. Essa patologia é multifatorial, tendo influência do ambiente, hospedeiro e genética. Atualmente, essa doença possui denominações, como gengivite e periodontite, as quais são intituladas por meio da sua extensão, distribuição, estágios e graus (BARBOSA; TUNES, 2018).

A gengivite é a forma mais comum de patologia presente na cavidade oral, a qual se manifesta por meio de um periodonto com inflamação gengival reversível, porém quando não tratada de maneira eficaz pode evoluir para uma periodontite. Ela pode ser classificada como: de acordo com sua extensão e distribuição. Dando destaque para a extensão, a mesma se divide em: localizada ou generalizada. A localizada refere-se quando de 10% até 30% dos sítios apresentam sangramento à sondagem, enquanto a generalizada possui sangramento em mais de 30% dos sítios (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

Já a periodontite é definida como uma doença de caráter inflamatório crônico multifatorial, na qual ocorre a destruição dos tecidos periodontais de suporte e do osso alveolar, podendo levar à perda do elemento dentário. Essa doença ocorre por meio da disbiose microbiana presente no biofilme (LERTPIMONCHAI *et al.*, 2017; STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

Essa patologia pode ser classificada de acordo com a sua extensão e distribuição. Em relação à extensão, a mesma tem como parâmetro a quantidade de dentes que são afetados, podendo ser denominada como: localizada, generalizada ou padrão molar-incisivo. A localizada é estipulada quando até 30% dos dentes são afetados; a generalizada é definida quando 30% ou mais dentes são acometidos; o padrão molar-incisivo é quando a doença é encontrada estritamente nesses elementos dentários (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018).

A partir do momento em que o cirurgião-dentista consegue realizar o diagnóstico correto de umas dessas patologias, é preciso dar início ao protocolo de tratamento a fim de oferecer qualidade de vida a esse paciente por meio de raspagem, alisamento radicular e colaboração do paciente para realizar de maneira correta a higienização (OPANASIUK, 2019; RECH, 2019).

Contudo, o tratamento periodontal, a depender da sua gravidade, pode

necessitar da antibioticoterapia, a fim de reduzir a carga microbiana presente no periodonto que destrua o tecido de suporte dos elementos dentários, como ligamento periodontal, cemento radicular e osso alveolar. Esse dano causado no periodonto dá-se pela produção de toxinas a partir das bactérias ou por meio de uma resposta imunopatológica deficiente do próprio hospedeiro (BORGES *et al.*, 2017).

O principal objetivo da terapia periodontal é remover a causa a fim de devolver a saúde do periodonto para o paciente. O tratamento é baseado na raspagem e alisamento radicular (RAR), independente da doença periodontal que o indivíduo apresente. Essa etapa do tratamento é imprescindível, por isso ela é conhecida como tratamento padrão ouro. Esse método é responsável por devolver a saúde por um período e diminuir alguns sinais clínicos da doença (OPANASIUK, 2019).

No entanto, mesmo realizada a terapia mecânica e as consultas de manutenção, existe a possibilidade de recolonização dos patógenos. Dessa forma, esses casos requerem a utilização da RAR com um tratamento complementar, como os antibióticos sistêmicos. Os principais medicamentos de escolha são: azitromicina e amoxicilina associada com metronizadol, sendo que essa junção tem demonstrado melhores resultados (FERES *et al.*, 2018).

2 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um relato de caso descritivo, o qual apresenta toda a terapia periodontal necessária para devolver saúde periodontal do indivíduo. Esse tratamento ocorreu na clínica escola de Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, em que a paciente foi selecionada a partir de um exame clínico físico, intra e extraoral, realização de periograma, odontograma, além de exames complementares para auxiliar o diagnóstico. A paciente foi informada da sua condição, e a mesma aceitou a participar desse estudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, o caso da paciente foi submetido na Plataforma Brasil e aprovado pelo CEP no CAAE: 52937221.7.0000.9448

Na elaboração do estudo foram utilizados artigos científicos das bases de dados do PubMed, Lilacs, Scielo, livros referências da área de periodontia e teses de mestrado e doutorado. Para compor a discussão do estudo foram selecionados artigos do período de 2010 a 2021, redigidos em português ou inglês, disponíveis na

base de dados, além de livros de grande relevância da área. Foram excluídos trabalhos publicados antes do ano de 2010, em língua diferente do português e inglês e que não apresentem as palavras-chave em seu conteúdo.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, manicure, 27 anos, procurou a clínica escola de Odontologia do Centro Universitário UNDB com a seguinte queixa: “tô perdendo osso, meus dentes estão separando.”

Em seguida foi realizada a anamnese, em que a paciente informou não possuir nenhuma comorbidade sistêmica, não ser fumante, sentir constante sensibilidade nos dentes e fortes dores de cabeça de forma frequente. Quando questionada se outra pessoa da sua família possuía doença periodontal semelhante à sua, a mesma declarou que sua prima apresenta sinais e sintomas idênticos aos seus. Relatou escovação regular 3 vezes ao dia, com uso de fio dental 1 vez ao dia e usar enxaguante bucal. Além do mais, a paciente constatou que sua gengiva sangra de forma espontânea e que tem apertamento dentário voluntário.

Sobre os seus hábitos alimentares, a paciente comunicou que faz 4 refeições ao dia, em que sua dieta é de baixo nível cariogênico. Durante o exame físico, os seus sinais vitais avaliados foram: frequência respiratória de 16 rpm e pressão arterial de 120\80mm Hg. Em relação à palpação e avaliação dos músculos da face não foi perceptível nenhuma alteração.

Após, foi efetivado o periograma, de forma bem detalhada e minuciosa em que foi avaliada a Posição da Margem Gengival (PMG), Profundidade à sondagem (PS), Nível de Inserção Clínica (NIC), Mobilidade Dentária (MD) e o envolvimento de furca (Figura 1).

Adiante, realizou-se o odontograma, em que foi constatado lesão cariosa nos elementos 18, 17, 28 e 47. Além do mais, tratamento endodôntico no dente 21 e a presença de restaurações insatisfatórias no 38, giroversão do 35 e apinhamento dos elementos 31 e 32.

No exame periodontal, foi possível analisar bolsas periodontais de até 9 mm e índice de sangramento gengival de 22%. Em relação a mobilidade, foi constatado grau I nos dentes 24 e 26 e sobre os níveis baixos de biofilme e cálculo presentes na cavidade oral da paciente, os mesmos não condizia com a destruição

periodontal apresentada nos dentes. Em seguida foram realizadas fotografias intra-orais da paciente (Figuras 2, 3 e 5).

Figura 1 - Periograma antes da terapia anti-infecciosa

PERIOGRAMA

Data

Paciente Sobrenome

Nome

Data de Nascimento

Exame Inicial Reavaliação

Profissional

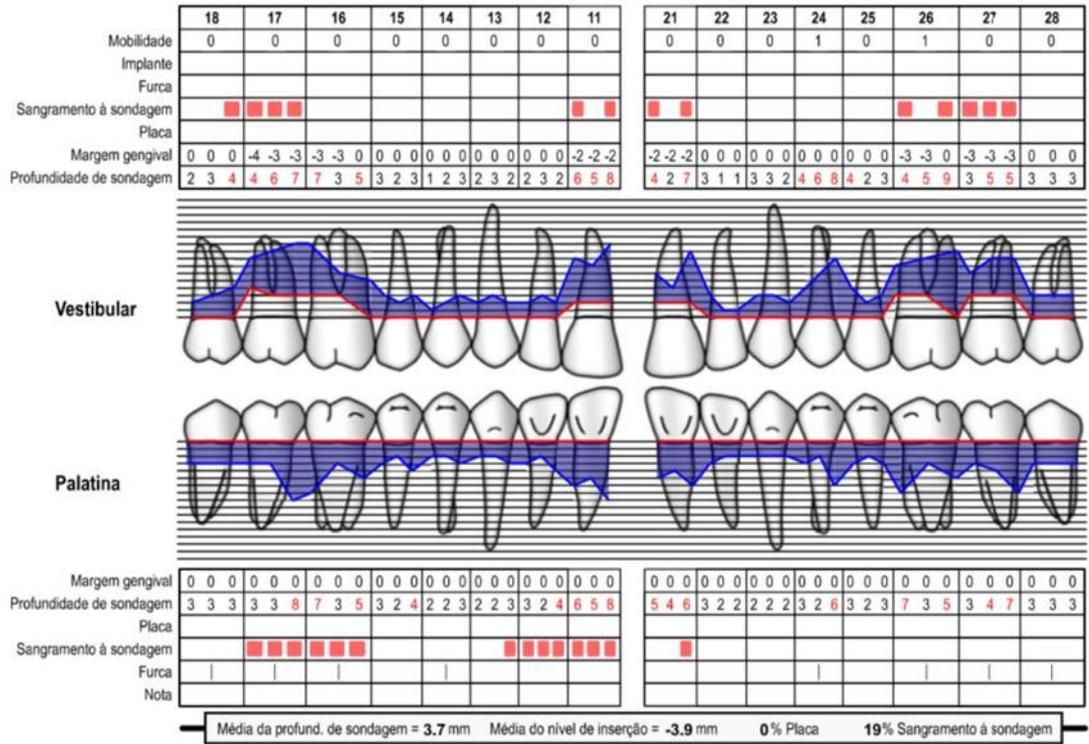


Figura 3 - Fotografia intrabucal do lado esquerdo.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 4 - Fotografia intrabucal lado direito.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Foi solicitado radiografia panorâmica e radiografia periapicais de toda cavidade oral para ser analisado a perda óssea. A partir desse exame, verificou-se perdas ósseas de forma vertical e horizontal (Figuras 5, 6, 7 e 8). Levando em consideração todas as informações obtidas durante a anamnese, exame físico, exame clínico intra e extra-oral e exames complementares, o diagnóstico dessa paciente é sugestivo a Padrão Molar-Incisivo, antiga Periodontite Agressiva.

Figura 5 - Perda óssea vertical e horizontal dos elementos 11 e 21.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 6 - Perda óssea vertical e horizontal dos elementos 46 e 47.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 7 - Perda óssea extensa dos elementos 34, 35 e 36.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Figura 8 - Perda óssea vertical do elemento 44.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

Referente ao plano de tratamento desta paciente, o mesmo foi construído com base no tratamento padrão-ouro associado com antibióticos sistêmicos, o qual é baseado em raspagens supragengivais e subgengivais de todos os sextantes, sob anestesia. Na primeira sessão do tratamento foi realizado aferição da pressão da paciente, preparo dos materiais a serem utilizados, como cabo de bisturi com lâmina 15C, tubete anestésico de mepvacaína, gazes, soro, curetas MacCall, curetas gracey da marca Golgran, uso de campo cirúrgico, descolador de freer, descolador

de Periomolt, porta agulha tipo castroviejo, pinça Dietrich, tesoura cirúrgica tipo Goldman-Fox, fio de sutura nylon 5-0, entre outros (Figura 9).

Figura 9 - Mesa cirúrgica com os instrumentais utilizados.



Fonte: Elaborado pela autora (2021).

A primeira etapa a ser feita foi a anestesia com lidocaína no nervo alveolar inferior, fundo de sulco e infiltrativa. Em seguida utilizou-se o cabo de bisturi com a lâmina 15c para dar início a cirurgia de acesso do VI sextante a fim de efetivar a raspagem subgengival dessa região, mais a raspagem supragengival. Além do mais foi iniciado o uso de antibióticos sistêmicos a partir da primeira sessão de raspagem subgengival.

Os medicamentos de escolha foram Amoxicilina 500 mg e Metronidazol 250 mg do laboratório Medley, via oral, de 8 em 8 horas durante 10 dias associado com o uso de Clorexidina 0,12%, 1 frasco, fazer o bochecho com 15 ml de volume 2 vezes ao dia durante 14 dias.

Posteriormente, foi efetuada a retirada dos pontos de sutura e logo após a segunda sessão de raspagem subgengival e supragengival do V sextante sob anestesia. Os materiais de escolha foram anestésicos a base de lidocaína, cabo de bisturi com lâmina 15c, curetas gracey da Golgran, fio de sutura, etc. Já na terceira

sessão a raspagem subgengival e supragengival foi do IV sextante, fazendo o mesmo passo a passo realizado desde a primeira sessão. Contudo, em algumas sessões não foi realizada a cirurgia de retalho.

Dando continuidade ao tratamento, ocorreu a raspagem subgengival e supragengival do III, II e I sextante a cada sessão de tratamento, respeitando o tempo de 10-12 dias de intervalo, sempre ressaltando e incentivando a paciente a realizar a higienização da cavidade oral de forma satisfatória, além de explicar que grande parte do êxito do tratamento depende do comprometimento da mesma em ter um cuidado a mais com a limpeza dos seus dentes e a cada 3 meses ir ao cirurgião-dentista para manter um quadro clínico de saúde periodontal.

As consultas de manutenção trimestral foram realizadas na clínica escola de Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco-UNDB, sendo necessário a realização de um novo periograma a fim de comparar e analisar se houve redução do índice de sangramento gengival e da profundidade de sondagem. Além de um novo exame radiográfico periapical completo onde foi analisado o prognóstico do caso da paciente (Figuras 10, 11 e 12).

Figura 10 - Perda óssea horizontal e vertical dos elementos 34 e 35.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 11 - Perda óssea horizontal e vertical dos elementos 16 e 17.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 12- Perda óssea vertical e horizontal extensa dos elementos 26,27 e 28.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Além do mais, o aspecto clínico da paciente teve um adequado prognóstico, como uma diminuição da sensibilidade dentinária que a mesma queixava-se, ademais uma melhora na fisionomia do tecido periodontal da paciente, com uma aparência mais rosada e como menos inflamação aparente (Figuras 13, 14 e 15).

Figura 13 - Visão lateral esquerda após terapia anti-infecciosa.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 14 - Visão lateral direita após terapia anti-infecciosa.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

Figura 15 - Visão frontal após terapia anti-infecciosa.



Fonte: Elaborado pela própria autora (2021).

No periograma foi possível verificar a redução da profundidade á sondagem em alguns sítios periodontais e diminuição dos índices de sangramento, perceptíveis na figura a seguir:

Figura 16 - Periograma após a terapia anti-infecciosa

PERIOGRAMA

Data 24/09/2021

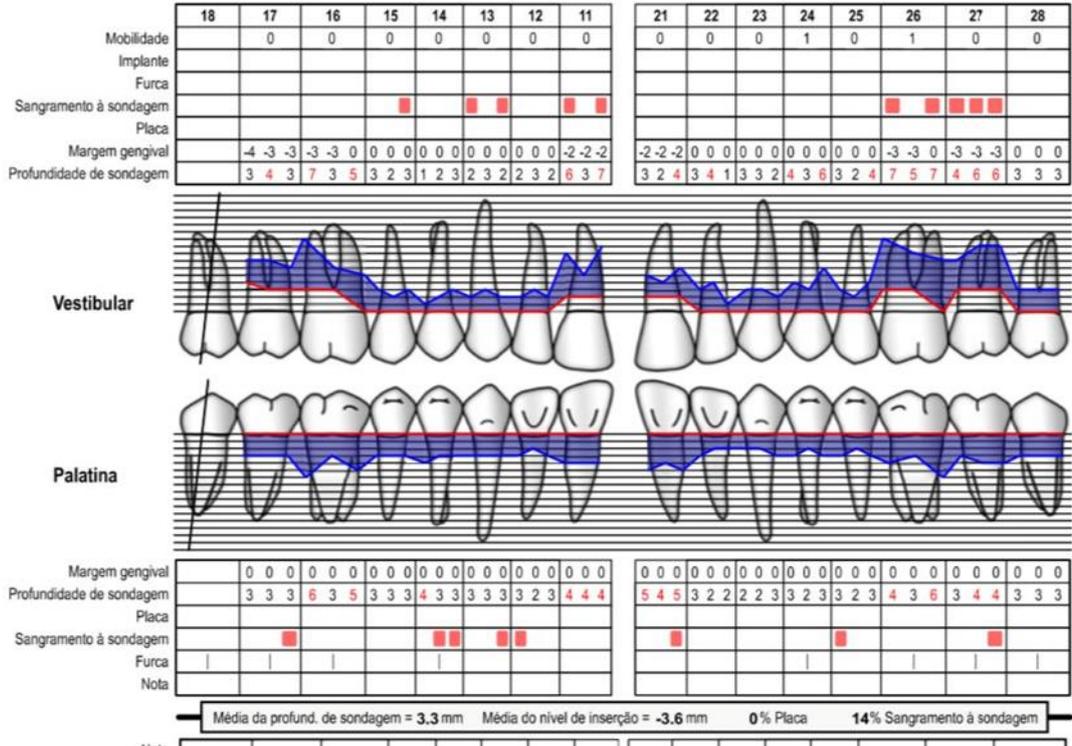
Paciente Sobrenome Serra

Nome Tatiana Teixeira

Data de Nascimento 27/06/1993

Exame Inicial Reavaliação

Profissional Estudante de Odontologia



Sabe-se que para ter êxito no tratamento de doenças periodontais, é necessário que ocorra a remoção da causa, feita a partir de raspagem e alisamento radicular (RAR), a qual é considerada tratamento padrão ouro na terapia periodontal. Caso não haja regressão da doença, é que se vai dar início à antibioticoterapia (BORGES *et al.*, 2017; FERES *et al.*, 2014).

Durante a escolha dos medicamentos para uso do indivíduo, devem ser levados em consideração a situação sistêmica do paciente, peso, idade e a fase da doença. As drogas mais utilizadas em casos de periodontite, são: amoxicilina (AMX), metronidazol (MTZ) e azitromicina (FERES *et al.*, 2018; FERMIANO, 2016).

O protocolo terapêutico para o tratamento da periodontite é baseado na combinação de metronidazol e amoxicilina, contudo ainda não existe um protocolo ideal desses medicamentos, já que suas prescrições são baseadas naquelas utilizadas na medicina. Entretanto, isso pode prejudicar o tratamento periodontal devido às características singulares da periodontite (FERES *et al.*, 2018).

A falta de protocolos, para o uso de antibióticos no tratamento da doença periodontal, teve como resultado a elaboração de prescrições de forma heterogênea, em que essa medida pode interferir no controle da infecção, logo agindo diretamente na eficácia dos medicamentos (BORGES *et al.*, 2017).

Essa variação é perceptível a partir do protocolo em que a dosagem do metronidazol encontra-se entre 250 e 400 mg, três vezes ao dia e a duração do uso de antibióticos, que varia de 7 a 14 dias. Os estudos presentes na literatura demonstram que o período de administração do MTZ + AMX teve uma eficácia significativa no tratamento do que a dosagem de metronidazol isolada (BORGES *et al.*, 2017).

A organização da microbiota subgengival torna difícil o controle de infecções periodontais, uma vez que o biofilme contribui para a proteção dos microrganismos patogênicos tanto de agentes antimicrobianos quanto de mecanismos imunológicos (SOARES *et al.*, 2015).

Os indivíduos que tomaram, durante 14 dias, MTZ e AMX atingiram o resultado clínico para a eficiência do tratamento em 63%. Logo, é sugerido que a ingestão prolongada desses medicamentos é realizada com o objetivo de destruir os patógenos presentes de forma organizada no biofilme subgengival (BORGES *et al.*, 2017).

Além disso, é necessário destacar que para eliminar o foco de infecção é preciso promover a remoção da causa, a fim de garantir os resultados satisfatórios da antibioticoterapia. Essa erradicação dos patógenos é baseada na raspagem e alisamento radicular, além da contribuição do paciente ao realizar a higienização da cavidade oral, onde esse ato deve ocorrer de forma adequada (FERES *et al.*, 2018; LERTPIMONCHAI, 2017).

Esse protocolo irá garantir a formação de uma nova comunidade de biofilme, na qual os microrganismos ali presentes serão classificados como benéficos, o que irá melhorar os resultados clínicos já que ocorrerá a diminuição dos patógenos responsáveis pela doença periodontal, como *Agregatibacter actinomycetemcomitans* (Aa), *Prevotella intermedia*, *Prevotella melaninogenica*, *Fusobacterium*, *Porphyromonas gingivalis* (Pg), entre outros (BORGES *et al.*, 2017).

Esta mudança no perfil microbiano subgingival é feita a partir da manutenção de baixos níveis bacterianos por uma exposição mais longa ao MTZ + AMX que provavelmente permite mais tempo para a recolonização das bolsas por uma composição de biofilme de forma adequada para a manutenção da saúde do indivíduo (BORGES *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2015).

Segundo Feres *et al.* (2014) a nova comunidade de biofilme favorável para a saúde do periodonto é formada após 14 dias de administração do MTZ + AMX, em conjunto com a raspagem e alisamento radicular nos quais os benefícios desse tratamento duram de 1 a 2 anos pós-terapia.

No momento da formação da nova comunidade de biofilme favorável para a saúde do periodonto, não há necessidade de repetir a antibioticoterapia, já que o uso excessivo desse medicamento pode acarretar em efeitos colaterais, como problemas gastrointestinais, além da resistência bacteriana (ANDRADE *et al.*, 2014; FERES *et al.*, 2018).

Ademais, é preciso manter baixos níveis de biofilme durante e após a terapia periodontal, já que para ocorrer a ação satisfatória do antibiótico é necessária a remoção da causa, além do que é crucial a diminuição dos microrganismos patógenos a fim de estabelecer uma nova comunidade de biofilme que seja compatível com a saúde, tendo como consequência o sucesso do tratamento (FERES *et al.*, 2018).

O fato é que nos estudos realizados por Borges *et al.* (2017), obteve-se como resultado que o protocolo de antibióticos deve ser feito a partir das evidências

disponíveis, em que no estudo em questão o uso adjuvante de 400 mg ou 250 mg de MTZ mais 500 mg de AMX durante 14 dias, ofereceu resultados satisfatórios clinicamente sobre aqueles obtidos apenas com a terapia mecânica.

Durante o ensaio clínico, foi realizada a terapia adjunta com o uso sistêmico de antibióticos em pacientes diagnosticados com periodontite estágios III e IV generalizada, os quais foram submetidos a raspagem e alisamento radicular. Além de ser realizado o controle placebo, foi avaliada a combinação de MTZ de 250 ou 400 mg + AMX de 500 mg por 7 ou 14 dias, 3 vezes ao dia (BORGES *et al.*, 2017).

Os grupos de 14 dias de uso apresentaram resultados efetivos no exame clínico, apresentando < 4 sítios com profundidade á sondagem (PS) > 5 mm, após 1 ano do tratamento. Logo, o uso adjunto de metronidazol de 250 ou 400 mg + amoxicilina de 500 mg por 14 dias oferece benefícios clínicos relevantes no tratamento da doença periodontal (BORGES *et al.*, 2017). Da mesma forma que Feres *et al.* (2015) observaram em seus estudos que a administração de MTZ e AMX durante 7 dias não obteve resultados significativos no âmbito clínico e microbiológico, em comparação ao protocolo de 14 dias.

Logo, o uso dos antibióticos no tratamento da doença periodontal deve ser considerado como uma terapia de “suporte”, seja por meio da ação bactericida ou bacteriostática, a fim de criar um meio adequado para que o indivíduo elimine os patógenos de forma eficaz através do seu sistema imunológico (OPANASIUK, 2019).

Sabe-se que a patogênese periodontal é o resultado do biofilme disbiótico subgingival e os eventos imunoflamatórios do hospedeiro presentes no tecido gengival. Com isso, a gengivite consiste em uma inflação na gengiva de forma restrita e a periodontite é o avanço da doença para o ligamento periodontal e osso alveolar, tendo como consequência a perda de inserção clínica e a reabsorção do osso alveolar (CARRANZA *et al.*, 2014).

O desenvolvimento da doença periodontal dá-se pela inflamação da gengiva como resposta ao biofilme patogênico presente de forma subgingival. Essas alterações estão associadas com o início da formação da bolsa periodontal a partir do exsudato inflamatório que provoca a degeneração do tecido conjuntivo circundante. Sobre o epitélio juncional as fibras colágenas são danificadas, fazendo com que essa região seja composta por células inflamatórias (CARRANZA *et al.*, 2014).

A interpretação dos ensaios clínicos na periodontia com o passar dos anos, tem sido cada vez mais parcial devido a sua falta de padrão e subjetividade nas medidas encontradas nos demais estudos, o que ainda dificulta determinar se houve êxito na terapia periodontal. Contudo, com o passar dos anos os parâmetros foram sendo alterados, e assim foi fornecido uma definição de saúde periodontal através de um periodonto intacto e um periodonto reduzido (BARBOSA; TUNES, 2018).

Um dos principais meios de analisar os resultados adequados é observar os sinais clínicos benéficos para a saúde clínica do paciente, como: remissão da doença, qualidade de vida e a própria experiência do paciente após a realização da terapia periodontal. Apesar dos parâmetros de antigamente terem sido baseados na profundidade `a sondagem e possuírem uma certa fidelidade nos resultados clínicos positivos, eles não implicam a ideia de controle da patologia nem de benefícios tangíveis ao paciente. Portanto, outros desfechos clínicos foram sendo averiguados para analisar os resultados dos tratamentos periodontais (FERES *et al.*, 2020).

Tem sido debatido que mesmo no pós-tratamento periodontal, a presença de bolsas periodontais com sangramento `a sondagem, mesmo diante da terapia, são os fatores mais precisos para avaliar os resultados do tratamento. Além de que, bolsas periodontais são compostas por um biofilme disbiótico, o que favorece a propagação dos patógenos periodontais e do sangramento `a sondagem (FERES *et al.*, 2020; BRANCO-DE-ALMEIDA *et al.*, 2021).

Essa relação associa que as bolsas periodontais são nichos propícios para a atividade da doença. Para avaliar a remissão da patologia, é sugerido analisar o desfecho clínico após a fase anti-infecciosa ativa da terapia periodontal e entender que cada paciente e cada elemento dental devem ser analisados e estudados de forma individual, não deixando de levar em consideração os principais critérios, como: profundidade `a sondagem, mobilidade dentária, envolvimento de furca, índice de sangramento `a sondagem e verificar a presença dos principais fatores de risco, que são tabagismo, uso excessivo do álcool e ser portador de diabetes (SOARES *et al.*, 2015; FERES *et al.*, 2018).

O cirurgião-dentista deve ter consciência de que quanto menor for o índice de sangramento pós tratamento periodontal, maiores são as chances da estabilidade da doença de forma longitudinal (FERES *et al.*, 2020).

5 CONCLUSÃO

A partir desse estudo foi possível constatar que associação da terapia mecânica associado ao uso de antibióticos sistêmicos foi efetiva por meio da melhora dos parâmetros clínicos, como diminuição da profundidade á sondagem, nível de inserção clínica e índice de sangramento, causando assim uma estabilidade clínica da doença. Além disso, fez-se necessário a terapia de manutenção e cooperação do paciente diante todo o tratamento para alcançar êxito no tratamento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Eduardo Dias de *et al.* (org.). **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2014. 238 p.

BARBOSA, Monica Dourado Silva; TUNES, Urbino da Rocha. Nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares. **J Dent Pub H**, v. 09, n. 03, p. 184-186, 2018. Disponível em: <https://bahiana.edu.br>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BORGES, Ivan *et al.* Different antibiotic protocols in the treatment of severe chronic periodontitis: a 1-year randomized trial. **Journal Of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 8, p. 822-832, 26 jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12721>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.12721>. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRANCO-DE-ALMEIDA, L. S. *et al.* Treatment of localized aggressive periodontitis alters local host immunoinflammatory profiles: a long-term evaluation. **J. Clin. Periodontol.**, v. 48, n. 2, p. 237-248, feb. 2021. DOI: 10.1111/jcpe.13404.

CARRANZA, Fermín Alberto *et al.* **Periodontia clínica de Carranza**. Guanabara Saúde Profissional: Actualidades Médicas (AMOLCA), 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5724709/>. Acesso em 28 ago. 2020.

FERES, Magda *et al.* Systemic antibiotics in the treatment of periodontitis. **Periodontology 2000**, v. 67, n. 1, p. 131-186, 12 dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/prd.12075>. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Geisla_Soares/publication/269418845_Systemic_antibiotics_in_the_treatment_of_periodontitis/links/5bc9ddac299bf17a1c5ff6c3/Systemic-antibiotics-in-the-treatment-of-periodontitis.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

FERES, Magda *et al.* The ideal time of systemic metronidazole and amoxicillin administration in the treatment of severe periodontitis: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 19, n. 1, p. 189-197, 27 mar. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-018-2540-8>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounosp/v47n4/1807-2577-rounosp-47-4-189.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.

FERES, M; RETAMAL-VALDES, B; FAVERI M, *et al.* Proposal of a clinical endpoint for periodontal trials: the treat-to-target approach. **Journal of the International Academy of Periodontology**, v. 22, n. 2, p. 41-53, apr. 2020.

FERMIANO, Daiane. **Resultados clínicos e microbiológicos do momento de administração de amoxicilina e metronidazol sistêmicos associados a raspagem e alisamento radicular em indivíduos com periodontite – avaliação longitudinal**. 2016. 57 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2016.

LERTPIMONCHAI, Attawood *et al.* The association between oral hygiene and periodontitis: a systematic review and meta-analysis. **International Dental Journal**, v. 67, n. 6, p. 332-343, 23 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12317>.

OPANASIUK, Maksym. **Tratamento antibiótico da periodontite**: o estado da arte. 2019. 68 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) - Curso de Medicina Dentaria, Instituto Universitário Egas Moniz, Egas Moniz - Portugal, 2019. Disponível em: http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30890/1/Opanasiuk_Maksym.pdf. Acesso em: 28 ago. 2020.

RECH, Jéssica Areze. **Avaliação da terapia periodontal em pacientes fumantes diagnosticados com periodontite**. 2019. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia, Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ucs.br/11338/5444>. Acesso em: 28 ago. 2020.

SOARES, Geisla M. *et al.* Effects of Azithromycin, Metronidazole, Amoxicillin, and Metronidazole plus Amoxicillin on an In Vitro Polymicrobial Subgingival Biofilm Model. **Antimicrob Agents Chemother**, v. 5, n. 59, p. 2791-2798, 10 abr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394767/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

STEFFENS, João Paulo; MARCANTONIO, Rosemary Adriana Chiérici. Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. **Revista de Odontologia da Unesp**, FapUNIFESP (SciELO), v. 47, n. 4, p. 189-197, ago. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.04704>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772018000400189&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 ago. 2020.

ANEXO

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado ou representante legal, dou pleno consentimento aos Cursos de Graduação e Pós-Graduação em Odontologia da UNDB e áreas afins, para por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, fazer diagnóstico, planejamento e tratamento em minha pessoa de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da Odontologia e áreas afins. Além disso, afirmo serem verdadeiras todas as informações por mim prestadas e registradas nesta ficha clínica odontológica.

São Luís, 24 de fevereiro de 2021.

Tatiana Teixeira Serra

Assinatura do paciente ou responsável legal.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao Curso de Graduação em Odontologia da UNDB e áreas afins, para, por intermédio de seus professores, assistentes e alunos devidamente autorizados, utilizarem radiografias, slides, fotografias, modelos, desenhos, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e laboratoriais, e quaisquer outras informações concernentes ao planejamento, e tratamento em mim executado e que constituem propriedade exclusiva deste Curso. Portanto, dou plenos direitos de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e de divulgação em jornais, revistas científicas ou não ou outros meios de comunicação nacionais ou internacionais, respeitando os respectivos códigos de ética. Além disso, quando haja indicação de extração dentária autorizo a doação desses dentes para a Clínica escola de odontologia Prof. Luíz Pinho Rodrigues.

São Luís, 24 de fevereiro de 2021.

Tatiana Teixeira Serra

Assinatura do paciente ou responsável legal