



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO**  
**ODONTOLOGIA**

**ANA PRICILA ALVES DE SOUZA**  
**LUANA MOTA DE OLIVEIRA**

**PERIODONTITE EM GRAU AVANÇADO**  
**RELATO DE CASO**

**FORTALEZA**

**2020**

**ANA PRICILA ALVES DE SOUZA**

**LUANA MOTA DE OLIVEIRA**

**PERIODONTITE EM GRAU AVANÇADO**

**RELATO DE CASO**

Artigo TCC apresentado ao curso de Bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro como requisito para a obtenção do grau de bacharel, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Paula Ventura da Silveira.

**FORTALEZA**

**2020**

**ANA PRICILA ALVES DE SOUZA**  
**LUANA MOTA DE OLIVEIRA**

**PERIODONTITE EM GRAU AVANÇADO**  
**RELATO DE CASO**

Artigo TCC apresentado no dia 2 de junho de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia do Centro Universitário Fametro tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Paula Ventura da Silveira  
Orientadora – Centro Universitário Fametro

---

Profa. Me. Aline Dantas Diógenes Saldanha  
Membro – Centro Universitário Fametro

---

Prof. Esp. Ivens Barreto Barroso  
Membro - Centro Universitário Fametro

Dedico aos nossos pais que, com toda dedicação e esforço, nos ajudaram a alcançar esse sonho.

## AGRADECIMENTOS

Antes de tudo a minha eterna gratidão a Deus, pelo dom da vida, por me livrar de todo mal, por providenciar tudo da melhor forma e por ter me dado forças para continuar lutando pelo meu sonho. Agradeço aos meus pais: Isabel Cristina Alves de Paula e Antônio Jáder de Sousa Bezerra, que mesmo com toda distância se fizeram presentes nesses 5 anos, dando o suporte necessário, apesar de todas as dificuldades, dando conselhos, carinho, amor e me socorrendo nos dias que eu estava sobrecarregada. Agradeço também a minha madrastra Maria Marilene Lima Bezerra que veio para somar na minha vida. Aos meus irmãos Israel Kalebe Alves de Souza, Yasmim Alves de Paula, Lívia Lima Nobre e Silas Lima Marques, que cada um com seu jeito de ser me ajudaram e deram forças para continuar nesta caminhada. Ao meu namorado e amigo, Matheus Lavor de Souza, que sempre esteve presente, me apoiando, incentivando a crescer e cuidando de mim com todo carinho e amor, o que tornou tudo mais leve. A minha sogra Josefa Vanir Lavor que foi um presente de Deus na minha vida, que se preocupava e cuidava de mim como uma filha. A Ednaldo Lavor que considero como um tio, que me ajudou quando mais precisei e está desde então presente, essa conquista também é sua. Os meus sinceros agradecimentos à família Alencar, na pessoa da Tia Cláudia de Freitas Alencar e Tio José Alencar Júnior, que me acolheram em sua casa e me fizeram parte da família, também a seus filhos Hulyma de Freitas Alencar, Habner de Freitas Alencar e em especial a minha amiga e irmã de coração Hayalla de Freitas Alencar que foi essencial na minha vida e formação, com todos os conselhos, conversas e experiências trocadas. A minha amiga e dupla da faculdade, nas clínicas e estágios, Luana Mota de Oliveira, que teve toda paciência e cuidado durante este período, sempre me incentivando a ser uma pessoa melhor e uma profissional por excelência. A minha amiga Mariane Alencar, que sempre teve todo cuidado e preocupação comigo, presente no meu dia a dia na faculdade e na minha vida. Aos meus amigos, Tayná Pinheiro de Carvalho, Ronnaby Vicente de Araújo e Francisca Genázia de Lucena da Silva, que apesar da distância estiveram comigo, torcendo pelo meu sucesso e superação a cada obstáculo.

Ana Pricila Alves de Souza

Primeiramente minha imensa gratidão a Deus que colocou no meu coração, com toda sua bondade e proteção, a certeza de querer seguir essa carreira linda que é a Odontologia. Aos meus pais, Laudécia Moreira Mota e Antônio Batista Mota, agradeço por serem presentes de uma forma incrível na minha vida pessoal e acadêmica, mostrando-me diariamente os valores

corretos a seguir. Obrigada, meus amores, por tanta dedicação, pelo que fizeram e fazem por mim! Tudo valeu a pena e vocês fazem parte dessa vitória. Aos meus irmãos Cláudio Cauã Batista Mota e Diego Bruno Mota de Oliveira, pela parceria, amizade e amor. Ao meu noivo e melhor amigo, Matheus Nobre Teixeira de Freitas, agradeço por me acompanhar e me incentivar a crescer, pelo apoio emocional, carinho e conselhos. A minha amiga, dupla de curso, clínicas e estágios Ana Pricila Alves de Souza, pela paciência e insistência pelo meu melhor. Pelos olhares que me encorajavam nos primeiros pacientes e cirurgias. Nós evoluímos juntas e estamos no fim deste grande ciclo. Que Deus nos abençoe nas novas fases que virão.

Luana Mota de Oliveira

Em equipe, gostaríamos de agradecer a nossa querida orientadora Dra. Paula Ventura da Silveira, que desde o início da graduação é um exemplo de profissional, professora e ser humano que inspira todos que foram e são seus alunos. Nessa fase de nossas vidas esteve à disposição em todos os momentos nos ajudando, apoiando e não medindo esforços para isso. Somos imensamente gratas por tudo, Doutora! Que sejamos o que nos ensinou a ser e o que devemos ser, pois assim, com certeza, seremos pessoas melhores e profissionais excelentes.

Porque sou eu que conheço os planos que tenho para vocês, diz o Senhor, planos de fazê-los prosperar e não de causar dano, planos de dar a vocês esperança e um futuro.

Jeremias 29:11

**PERIODONTITE EM GRAU AVANÇADO: RELATO DE CASO**

**Ana Pricila Alves de Souza<sup>1</sup>**  
**Luana Mota de Oliveira<sup>1</sup>**  
**Paula Ventura da Silveira<sup>2</sup>**

## **RESUMO**

A Periodontite em grau avançado é uma doença relativamente rara, de destruição rápida do periodonto de sustentação. Essa patologia provoca a perda vertical do osso alveolar, resultando em mobilidade dentária e aparecimento de bolsas infraósseas. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre a periodontite em grau avançado e um relato de caso clínico. Foram utilizadas as bases de dados Pudmed, Scielo e EBSCO sendo incluídos artigos de revisão de literatura, relatos de casos, além de livros e revistas publicados nos anos de 1995 a 2019 na língua portuguesa e inglesa e excluídas teses e dissertações. Resultado: 3175 artigos foram identificados, após a triagem por meio da leitura dos títulos e resumos, apenas 35 artigos foram selecionados para esta revisão. Existem diversas doenças periodontais que com estudos foram reunidas em dois grupos: Gengivite e Periodontite. A Periodontite pode ser classificada em Periodontite Necrotizante, Periodontite como forma de manifestação de doenças sistêmicas e somente Periodontite, sendo essa dividida em estágios 1, 2, 3, 4 e Graus A, B, C. Diante disso, pode-se concluir que sua complexidade depende do seu estágio e grau, além disso, fica claro que quanto mais precoce for o diagnóstico melhor será o prognóstico.

Palavras-chave: Periodontite agressiva, doença periodontal, prótese total imediata.

## **ABSTRACT**

Advanced periodontitis is a relatively rare disease, with rapid destruction of the sustaining period. This pathology causes vertical loss of the alveolar bone, resulting in tooth mobility and

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Odontologia pelo Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.

<sup>2</sup> Cirurgiã- Dentista. Doutora em Odontologia. Docente do curso de Odontologia do Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO.



the appearance of infra-osseous bags. The aim of this paper is to present a literature review on periodontology in an advanced degree and a clinical case. Pudmed, Scielo and EBSCO databases were used, including literature review articles, cases and cases, in addition to books and magazines published in the years 1995 to 2019 in portuguese and english, and theses and dissertations were excluded. Result: 3175 articles were used, after screening through the reading of titles and abstracts, only 35 articles were selected for this review. There are several periodontal diseases that with studies gathered in two groups: gingivitis and periodontitis. A periodontitis can be identified as: necrotizing periodontitis, periodontitis as a form of manifestation of systemic diseases and only periodontitis, which is divided into stages 1, 2, 3, 4 and Grade A, B, C. that its complexity depends on its stage and degree, moreover, it is clear that the earlier the diagnosis, the better the prognosis.

Key words: Aggressive periodontitis, periodontal disease, prosthetics total immediate.

## 1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os pacientes procuram por um sorriso dito perfeito, sem falhas, elevando sua autoestima, sendo isto destaque na atuação do profissional de Odontologia. Essa busca é um pré-requisito fundamental nos procedimentos realizados em pacientes exigentes e ansiosos que depositam expectativas no resultado do tratamento odontológico.

Rovida e Garbin (2013), falam que a Odontologia é a área da saúde que estuda e trata o sistema estomatognático, compreendendo a face, o pescoço, a cavidade oral, além dos seus ossos, musculaturas, articulações, tecidos e os dentes. A Odontologia divide-se em diversas especialidades, dentre elas: a Periodontia e Prótese, as quais têm sido bastante procuradas por esse público para uma reabilitação oral e harmonização estética.

Segundo Petersen *et al.* (2005), os principais agravos que acometem a saúde bucal no Brasil e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: cárie dentária, doença periodontal, como a Gengivite e a Periodontite, edentulismo, maloclusão, câncer de boca, fluorose dentária e traumatismos dentários. Com isso, o Ministério da Saúde (2018) mostra em seus dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados em nível nacional, denominados Projetos SB Brasil, a importância desses agravos e reforça a necessidade que os serviços de saúde estejam organizados para intervir e controlar esta situação.

Essas doenças bucais tornam-se um grave problema na saúde pública, nas quais as doenças periodontais acabam apresentando um maior destaque por refletirem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, podendo estar associadas à perda dental. (FONSECA *et al.*, 2015).

O avanço da ciência e da tecnologia ao longo do último século está gradualmente expandindo o conhecimento sobre a patogênese das doenças periodontais. Um desequilíbrio entre o biofilme da placa e o sistema imunológico do hospedeiro resulta na superextensão de um conjunto de citocinas pró-inflamatórias, propagação da inflamação, levando a destruição do tecido conjuntivo e subsequente destruição do osso alveolar. Esta é a marca da doença periodontal (BATRA, DAS, PATEL, 2019), levando em graus avançados à perda dentária.

Essa doença é classificada em localizada, quando os indivíduos apresentam perda de inserção clínica inter-proximal no primeiro molar e/ou incisivo, e não envolver mais que dois dentes além desses. Já a Periodontite Generalizada, é caracterizada por perda de inserção

inter-proximal que afeta pelo menos três dentes permanentes, além dos incisivos e primeiros molares (CARRANZA, 2012).

De acordo com a nova classificação das doenças periodontais, Catton (2018) relata que há três formas de Periodontites, que podem ser: Periodontites Necrotizantes, Periodontites como forma de manifestação de doenças sistêmicas e Periodontites. Segundo essa mesma classificação, as formas antes conhecidas como crônica e agressiva têm a mesma fisiopatologia, tendo alguns fatores relacionados ao indivíduo que podem modificar os desfechos dessa doença, como por exemplo, a resposta imune do hospedeiro que pode alterar o estabelecimento e a progressão da doença (TONETTI *et al.*, 2018).

A Periodontite em graus mais avançados é uma doença de destruição rápida do periodonto de sustentação, há ocorrência de perda de inserção severa, com formação de bolsas periodontais profundas superiores a 5 mm, que acomete pacientes sistemicamente saudáveis e tende a ter agregação familiar (MUNÓZ *et al.*, 2018).

Segundo Araújo *et al.* (2019), o tratamento inicial dessa doença visa interromper o acúmulo de biofilme e reduzir a carga bacteriana das bolsas periodontais, com instrumentação radicular, seja ela, manual ou ultrassônica. Entretanto o uso de antimicrobianos adjuvantes é geralmente necessário no tratamento da periodontite agressiva generalizada. A American Academy of Periodontology (2000) complementa que as instruções de higiene oral para controle da placa supragengival são de extrema importância para o tratamento. Há casos que as exodontias múltiplas estão indicadas e com a perda total dos elementos dentários, Beloni *et al.* (2015), afirmam que tal condição acarreta diminuição do desempenho mastigatório, colapso da relação maxilomandibular, alteração fonética, estética, além da influência na autoestima e qualidade de vida dos indivíduos.

Goiato *et al.* (2014), esclarecem que podem ser utilizadas para restabelecer as funções do aparelho estomatognático, a confecção de próteses totais mucossuportadas mediatas, próteses do tipo protocolo e o uso da prótese total imediata.

O presente trabalho tem por objetivo apresentar um estudo literário e um caso clínico de reabilitação com prótese total imediata superior e inferior em uma paciente que apresenta Periodontite em grau avançado, função mastigatória inadequada e falta de estética, que foi atendido na disciplina de Estágio Supervisionado I no Complexo Odontológico UNIFAMETRO.

## 2 METODOLOGIA

O presente trabalho foi elaborado a partir de uma base teórica composta por artigos científicos, obtidos através de bases de dados e revistas, além de livros. Para a revisão bibliográfica foram utilizadas as bases de dados: Pub Med, Scielo, EBSCO, BVS e teve como descritores: Periodontite agressiva, Doença periodontal e Prótese total imediata. Como critério de inclusão, foram selecionados artigos de revisão de literatura, relato de casos clínicos, artigos dos anos de 1995 a 2019, nos idiomas português e inglês. Foram excluídas teses e dissertações, além de artigos com metodologia duvidosa. Inicialmente foram encontrados 3175 artigos, após a leitura dos títulos, selecionou-se 60. Desses, foram selecionados 35 artigos com a leitura dos resumos.

Foi adicionado, a este estudo, um relato de caso clínico, realizado pelas alunas do oitavo semestre, no Estágio Supervisionado I do curso de Odontologia da UNIFAMETRO. Paciente J.S.A, feminino, 35 anos buscou atendimento por conta de uma mobilidade dentária acentuada e necessidade de raspagem. Na triagem, foi identificada mobilidade em todos os dentes e tártaro. A paciente foi diagnosticada com Periodontite em estágio 4, grau C, diante disso, o tratamento de escolha foi a exodontias múltiplas da arcada superior e inferior e reabilitação com prótese total imediata. O trabalho passou pelo comitê de ética e foi aceito.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

O Periodonto é o tecido de suporte do dente. Ele é composto por gengiva, osso alveolar, cemento e o ligamento periodontal que são fibras que unem as gengivas e o osso alveolar ao cemento. Existem diversas doenças periodontais, mas podem ser reunidas em dois grupos: gengivite e periodontite. (LOURO *et al.*, 2001).

As doenças periodontais são respostas inflamatórias da gengiva e do tecido conjuntivo ao acúmulo de bactérias sobre o dente. Essas bactérias formam comunidades microbianas complexas e organizadas, conhecidas como placa dentária. (ARMITAGE, 1999).

De acordo com Almeida *et al.* (2006), as manifestações clínicas dessa doença são dependentes das propriedades agressoras dos microrganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão. Mesmo que o mecanismo de defesa esteja na resposta inflamatória que inicialmente se manifesta com a gengivite, as variações na eficácia protetora do processo

inflamatório e o potencial patogénico das bactérias podem ser a causa principal das diferenças encontradas na susceptibilidade à doença periodontal.

As respostas inflamatórias estão divididas em dois grupos clínicos: a Gengivite e a Periodontite. A Gengivite é comum e se manifesta clinicamente com o sangramento dos tecidos gengivais, sem evidência de perda de inserção do dente ao osso alveolar ou perda óssea. Por sua vez, a Periodontite ou doença periodontal destrutiva ocorre quando há resposta inflamatória induzida pela placa nos tecidos, resultando na perda de inserção colágena do dente ao osso, na perda de osso alveolar e na eventual perda do dente. (ARMITAGE, 1999).

Spanemberg *et al.* (2008), afirmam que a Periodontite é considerada uma doença multifatorial, que incluem: susceptibilidade genética, patógenos bacterianos específicos e a resposta imunoinflamatória por parte do hospedeiro. Concordando com Hughes *et al.* (2006), que afirmam que a susceptibilidade da Periodontite pode ser determinada por uma variedade de fatores de risco, incluindo fatores específicos envolvendo a microflora oral, fumo, fatores genéticos, psicossociais e comportamentais.

Segundo Okunseri *et al.* (2005), essas doenças periodontais podem influenciar no bem-estar individual, coletivo e na qualidade de vida, interferindo na função mastigatória, na estética e até nas relações interpessoais. Almeida *et al.* (2006), descrevem que a condição de Periodontite é sempre precedida pela Gengivite, porém a Gengivite nem sempre termina com a instalação de uma Periodontite.

No Workshop Mundial de Classificação de Doenças e Condições Periodontais e Periimplantares, que aconteceu em Chicago no ano 2017, foi desenvolvido um novo quadro de classificação para a doença periodontite. Ficou acordado que há três formas de Periodontite que deverão ser identificadas como: Periodontite Necrosante, Periodontite com manifestações de doenças sistêmicas e as formas da doença que antes eram chamadas de crônica e agressiva, passaram a ser denominadas apenas de Periodontites. A classificação desta se dá por quatro estágios, sendo eles: estágio 1: periodontite inicial; estágio 2: periodontite moderada; estágio 3: periodontite grave com potencial para perda dentária adicional; estágio 4: periodontite grave com potencial de perda da dentição. Esses estágios são determinados após considerar algumas variáveis, como: volume, quantidade e porcentagem de perda óssea, profundidade de sondagem, extensão de defeitos ósseos e envolvimento de furca, mobilidade dentária e perda de elemento dentário. Inclui também três níveis, sendo eles considerados: grau A: baixo risco de progressão; grau B: médio risco de progressão e grau C: alto risco de progressão. (CATON *et al.*, 2018).

A Periodontite Agressiva é uma doença rara que se caracteriza pela destruição acentuada dos tecidos de inserção periodontal em indivíduos jovens, podendo ser detectada em todas as idades e grupos étnicos. Suas principais características envolvem história médica não significativa do paciente, concentração familiar dos casos, além da quantidade de depósitos microbianos incompatíveis com a gravidade da destruição do tecido periodontal e da deficiência no sistema imunológico do hospedeiro. A Periodontite Agressiva apresenta uma microbiota com grande heterogenicidade de bactérias, como *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, além de *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, que é considerado o microrganismo chave da doença (CHAVES *et al.*, 2017).

Essa doença tem alta prevalência em indivíduos melanodermas e apresenta igualdade nos sexos, sendo as mulheres atingidas mais precocemente que os homens. O padrão familiar de perda óssea alveolar inclui o fator genético na Periodontite Agressiva. Em diferentes épocas, os estudos mostram, que o padrão da Periodontite Agressiva com relação aos efeitos genéticos, contribuem para o desenvolvimento da doença. A *Actinobacillus actinomycetemcomitans* difunde-se entre membros da mesma família de duas maneiras: a transmissão por contato intrafamiliar ou por meio da transmissão genética da susceptibilidade à doença. (HEPP *et al.*, 2007).

O diagnóstico da Periodontite Agressiva deve ser obtido por meio de exame clínico periodontal detalhado, anamnese e história médica, na qual se procura excluir doenças sistêmicas relacionadas à doença periodontal. Durante a anamnese, é primordial que se considere possíveis fatores hereditários relacionados ao hospedeiro (PERALTA *et al.*, 2018).

Como consequência da agressividade dessa doença, a reabsorção óssea só cessa com o tratamento, a esfoliação ou exodontia dos dentes afetados, como explicam Hepp *et al.* (2007) e completam abordando que a melhor forma de controlar a progressão da doença é pelo diagnóstico precoce, aumentando, assim, a possibilidade de sucesso com o tratamento adequado.

O tratamento da doença periodontal agressiva representa um desafio ainda maior, relacionado especialmente a dois aspectos importantes da doença sobre os quais o tratamento convencional não exerce influência: a presença de microrganismos altamente virulentos e a susceptibilidade do hospedeiro. O diferencial nesse tratamento se refere a esforços específicos em afetar a composição e não somente a quantidade da microbiota subgingival. (TONETTI e MOMBELLI 2005).

Assim como na Periodontite Crônica, o tratamento concentra-se em duas abordagens fundamentais, ou seja, instruções de higiene oral para controle da placa supragengival, raspagem e alisamento radicular para a redução e/ou eliminação do biofilme e da microbiota patogênica (American Academy of Periodontology, 2000). Infelizmente, a raspagem e o alisamento radicular apresentam algumas limitações, como dificuldades em acessar bolsas mais profundas, áreas de furca e concavidades radiculares (MOMBELLI *et al.*, 2011). Diante disso, a recolonização bacteriana da superfície radicular poderia levar à recidiva da doença após o tratamento (CORTELLI *et al.*, 2002).

Não são todos os pacientes que respondem positivamente ao tratamento convencional, nesse caso é necessária a associação de alguns antissépticos e antibióticos que ajudam na regressão da Periodontite (QUIRYNEN *et al.*, 1995).

Rösing (1999) diz que a antibioticoterapia pode ser utilizada como auxiliar terapêutico quando se observa que durante o tratamento continua a perda de inserção.

A azitromicina foi mostrada em alguns estudos como a melhor opção para associação com o debridamento mecânico, por ela regular a função de células epiteliais, sendo um fármaco mais favorável devido a ter pouco efeito adverso. (HOEPELMAN e SCHNEIDER 2003).

Segundo Dorfer (2003) a combinação de Metronidazol e Amoxicilina é a mais efetiva na eliminação do *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, o que é mostrado pelos autores Hepp *et al.* (2007), em que obtiveram sucesso no tratamento de dois casos de periodontite agressiva fazendo uso da associação de Amoxicilina – 500 mg, via oral, a cada 8 horas, durante 10 dias e Metronidazol – 400 mg, um comprimido a cada 8 horas, também por 10 dias, bem como em outros trabalhos clínicos.

No entanto, em casos que não haja uma evolução positiva ao tratamento ou casos avançados da doença, a perda total ou parcial dos elementos dentários acaba tornando-se uma opção de tratamento. Com isso ocorre: diminuição do desempenho mastigatório, alteração fonética, estética, além da influência na autoestima e qualidade de vida dos indivíduos (BELONI *et al.*, 2015).

Em indivíduos que passam por exodontias múltiplas, a prótese total imediata é uma opção de reabilitação. Ela é confeccionada por meio da resina acrílica ativada termicamente sobre o modelo de trabalho, antes das extrações e instalada imediatamente após a remoção dos elementos dentários. (BASTOS; RODRIGUES, 2015). É uma forma eficaz de manter a estética

e a função ou transferir as características dos dentes naturais para a dentição artificial (GEORGE; WELFARE, 2017).

A prótese total imediata proporciona vantagens estéticas, anatômicas e funcionais, como a preservação da dimensão vertical de oclusão, previne traumatismo sobre a articulação temporomandibular, impede colapso labial, possibilita atividade normal da musculatura, evita transtornos fonéticos, facilita mastigação, reduz os reajustes dietéticos, auxilia na cicatrização e manutenção do coágulo. Já as suas desvantagens são os cuidados pós-operatórios, a presença de sintomatologia, a necessidade de reembasamento e ao número de visitas ao profissional para os ajustes posteriores (GOOYA; ADLI, 2013; HASSAN; WISMEIJER, 2017)

#### 4 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, melanoderma, normosistêmica, trinta e cinco anos de idade, procurou atendimento no Complexo Odontológico UNIFAMETRO e foi atendida no Estágio Supervisionado I, no semestre de 2019.1, com a queixa de ‘‘preciso de limpeza e meus dentes estão moles’’.

Na anamnese, quando perguntada sobre doenças periodontais semelhantes na família, declarou que sua mãe apresentava aspecto semelhante ao seu. Relatou escovação dentária regular, três vezes por dia, com uso de enxaguatórios bucais, não fazia uso de fio dental, além de ter ido ao dentista no ano de 2014 para manutenção ortodôntica e raspagem. O exame extrabucal apresentava-se dentro dos padrões de normalidade e ao realizar o exame intrabucal observou-se que a paciente apresentava o uso de braquetes ortodônticos dos dentes 15 ao 25, presença de recessões gengivais, ocorrendo mobilidade grau III do 41, 31 e 32 e grau II em todos os molares, pré-molares, incisivos superiores e uma quantidade de tártaro acentuada, nos elementos 41, 31 e 32, porém com ausência de cáries (Figura 1 e 2).



FIGURA 1 – Aspecto clínico inicial.



FIGURA 2 – Aspecto intraoral de incisivos inferiores.



Durante o exame periodontal, Periodontal Screening and Recording (PSR), foram obtidos resultados como: primeiro sextante: nível 4\*; segundo sextante: nível 3\*; terceiro, quarto, quinto e sexto sextante: nível 4\*.

Com a visualização pelo exame radiográfico, observou-se perda óssea vertical generalizada, sendo mais localizada nas regiões de molares e incisivos, tendo também a presença de lesões de furca (Figura 3, 4 e 5). Com isso, a paciente teve como diagnóstico Periodontite estágio 4 em grau C.



FIGURA 3 – Imagem panorâmica. Áreas de severa perda óssea vertical.



FIGURA 4 – Imagem da radiografia Periapical, destaca-se as perdas ósseas severas em incisivos superiores.



FIGURA 5 - Imagem da radiografia Periapical, destaca-se as perdas ósseas severas em incisivos inferiores.

O plano de tratamento para esta paciente foi iniciado com orientações sobre higiene oral e a sua importância, bem como a antibioticoterapia com Amoxicilina – 500 mg, via oral, a cada 8 horas, durante 10 dias e Metronidazol – 400mg, via oral, um comprimido a cada 8 horas, igualmente. Pelo diagnóstico de periodontite estágio 4 em grau C, decidiu-se junto a paciente que o melhor tratamento seria a realização das exodontias múltiplas com a reabilitação inicial através de prótese imediata.

Começamos o tratamento da paciente com a antibioticoterapia e, com sete dias depois, foi marcado o retorno para iniciarmos as etapas cirúrgicas. Foram selecionados, a princípio, pela sua grande mobilidade que gerava incômodo, os elementos 41, 31 e 32, onde realizaríamos a raspagem ultrassônica no transoperatório, visto que tentaríamos adequar o meio para diminuir o foco de infecção. A tentativa da raspagem ultrassônica nesses elementos não se mostrou satisfatória por conta da grande mobilidade dos mesmos. Foi decidido então realizar as exodontias com um cuidado redobrado com o alvéolo, para que nenhum fragmento do tártaro pudesse adentrar causando, na recuperação, uma Alveolite.



FIGURA 6 – Aspecto após a retirada de sutura dos elementos 41, 31 e 32.

Após 14 dias, foi realizada a moldagem anatômica com material Alginato e registro de mordida com a cera 7 para confecção de prótese total imediata. Depois da confecção da prótese total imediata superior e inferior, foi agendada a cirurgia da arcada superior para assim dar continuidade às exodontias. Foram extraídos os elementos 11, 12, 13, 14, raiz residual do 15, elementos 16, 21, 22, 23, 24, 25 e 28 (Figura 6) e regularização óssea manual com lima para osso e alveolótomo em áreas de espículas ósseas e sutura contínua (Figura 7). Para o pós-operatório foram prescritos os seguintes medicamentos: Dipirona – 500mg, via oral, a cada 6 horas, durante 3 dias ou em caso de dor e Nimesulida – 100 mg, um comprimido a cada 12 horas, durante 3 dias e como antisséptico bucal, o bochecho de Digluconato de Clorexidina 0,12%.



FIGURA 7 – Exodontia dos elementos superiores.



FIGURA 8 – Sutura contínua na arcada superior.

Na colocação imediata da prótese, pode-se notar um “sorriso gengival” protético o qual foi marcado e encaminhado para o laboratório para realização de ajuste (Figura 9 e 10).



FIGURA 9 – Sorriso gengival protético.



FIGURA 10 – Lábio superior relaxado.

Na semana seguinte, foi realizado desgaste da parte interna da prótese com a peça reta e brocas max cut e mini cut, além de reembasamento com resina soft para uma melhor adaptação (Figura 11).



FIGURA 11 – Aspecto da prótese total imediata superior adaptada.

Dando continuidade ao tratamento planejado, oito dias depois, foi executada a cirurgia da arcada inferior, com as exodontias múltiplas dos elementos 44, 45, 46, 48, 33, 34, 35, 37 e as raízes residuais do 38 e 47. Como prescrição medicamentosa pós-cirúrgica, optou-se pelos mesmos medicamentos da cirurgia anterior. Foi adaptada a prótese total inferior com resina soft após a cirurgia.

Depois de 7 dias da cirurgia dos elementos inferiores, na retirada de sutura, a paciente queixou-se de incômodo ao utilizar a prótese superior. Na palpação, pode-se observar algumas irregularidades ósseas e espículas. Diante disso, optamos por realizar uma cirurgia pré-protética para a regularização do tecido ósseo superior.

## 5 DISCUSSÃO

Steffens e Marcantonio (2018) relatam que a Periodontite é uma doença inflamatória crônica multifatorial associada com biofilme disbiótico, tendo uma destruição progressiva de inserção dental. Clinicamente, há a perda de inserção em dois ou mais sítios interproximais que não são adjacentes ou perda de inserção de 3 mm ou mais na vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes, sem que seja por causa de recessão gengival de origem traumática, cárie dental, presença da perda de inserção por mau posicionamento ou à extração de terceiro molar, lesão endoperiodontal ou ocorrência de fratura radicular vertical, como foi relatado no caso aqui citado.

Ela tem classificação de acordo com seu estágio, que diz sua severidade quanto à perda de inserção clínica e o grau, que apresenta as evidências, o risco de progressão da doença e seus efeitos sistêmicos. Através dessas classificações que definem os estágios em estágio I, sendo ele o mais leve, ao estágio IV, que apresenta 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, mostra também o grau que vai de grau A, onde esse tem uma progressão lenta, até o grau C que apresenta uma evidência direta de progressão igual ou superior a 2 mm em 5 anos ou indireta de perda óssea/ano superior a 1 mm. (TONETTI, GREENWELL E KORNMAN 2018). Estes critérios foram aplicados no diagnóstico da periodontite em estágio 4 e grau C no caso relatado.

Segundo Hepp *et al.* (2007), o diagnóstico da Periodontite em grau avançado deve ser feito pela anamnese e história médica, onde se deve procurar excluir doenças sistêmicas relacionadas à doença Periodontite. Além disso, realizar exame clínico minucioso, incluindo sondagem periodontal, para a detecção de perda óssea é fundamental. O caso citado acima, não apresenta relação com doenças sistêmicas, mas foram relatados casos semelhantes na família onde a paciente, mesmo com esse histórico, fez uso indiscriminado durante muitos anos do aparelho ortodôntico, o qual é fator retentivo de placa e pode ter sido um fator determinante para o avanço desta doença. A melhor forma de controlar a progressão da doença periodontal é pelo diagnóstico precoce, onde há o aumento da possibilidade de sucesso com o tratamento adequado.

Radiograficamente, há um padrão de reabsorção vertical em primeiros molares e incisivos, geralmente simétrico e bilateral em jovens saudáveis, sendo um sinal provável da periodontite em grau avançado (SPANEMBERG *et al.*, 2008). Outros achados radiográficos incluem a “perda em forma de arco do osso alveolar, estendendo-se da superfície distal do

segundo pré-molar até a superfície mesial do segundo molar” (HEPP *et al.*, 2007). Diante disso, o mesmo aspecto radiográfico foi encontrado no relato de caso, assim foi fechado o diagnóstico.

O tratamento da Periodontite sempre foi um desafio para os clínicos, porém não há protocolo nem guia para um controle eficiente da doença. Para Hepp *et al.* (2007), é fundamental realizar inicialmente o controle da infecção periodontal realizando-se a raspagem e o alisamento de todos os sextantes. No caso clínico exposto, não seguimos esse tratamento, pois a paciente apresentava alto grau de mobilidade.

Os indivíduos com periodontite em grau avançado normalmente não respondem bem ao tratamento mecânico, como raspagem e alisamento radicular (HERRERA *et al.*, 2002). Com isso, a antibioticoterapia tem sido sugerida como adjuvantes ao tratamento. A combinação de metronidazol e amoxicilina ainda se apresentou a mais efetiva na supressão do *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, demonstra Hepp *et al.* (2007), onde obtiveram sucesso no tratamento de casos de periodontite agressiva fazendo uso da associação de Amoxicilina – 500 mg, via oral, a cada 8 horas, durante 10 dias e Metronidazol – 400 mg, um comprimido a cada 8 horas, também por 10 dias. Esses medicamentos foram utilizados para controle bacteriano na paciente antes do procedimento cirúrgico, os quais foram a forma de tratamento escolhido.

De acordo com Santuchi e Costa (2011), a terapia periodontal por meio da técnica cirúrgica e não cirúrgica no tratamento da doença periodontal pode ser eficaz quando instaurado um programa regular de reavaliações clínicas, um controle adequado do biofilme, juntamente com o constante reforço de instruções de higiene oral, porém, quando não há essa associação de fatores e a cooperação do paciente não é satisfatória, os benefícios obtidos pela terapia periodontal podem não ser mantidos. No relato de caso apresentado, a causa da perda dentária é a doença periodontal grave em uma paciente jovem, onde o tratamento inicial como a remoção de tártaro não seria eficiente por conta da grande perda óssea presente e a mobilidade em grau acentuada em diversos elementos, então o tratamento de escolha foi as exodontias múltiplas.

Torcatto *et al.* (2012), falam que a principal indicação dessa reabilitação com prótese imediata está associada aos casos de extrações múltipla, assim como foi feito no caso. Além disso, essa reabilitação proporciona vantagens estéticas, anatômicas, funcionais que ainda auxiliam na cicatrização e manutenção do coágulo (GOOYA; ADLI, 2013; HASSAN; WISMEIJER, 2017).

Após ser realizada a instalação das próteses, há a necessidade do reembasamento devido à perda de retenção, principalmente em próteses imediatas. Essa situação ocorre por não

haver um contato íntimo entre a base da prótese e a mucosa nas regiões onde existiam os dentes remanescentes. Os materiais utilizados para o reembasamento apresentam consistência macia ou rígida (GOMES *et al.*, 2014). No estudo apresentado, a prótese foi reembasada por meio da resina acrílica termoativada e resina soft.

Possivelmente, durante o uso, esse aparelho venha a desadaptar, podendo trazer desconforto e alterações nos tecidos moles, havendo a necessidade de uma reavaliação e ajuste do aparelho (CORDEIRO FILHO *et al.*, 2016). O indicado para o caso exposto foi a confecção de uma prótese total superior e inferior, contudo a paciente informou não ter condições financeiras para custear o gasto com o laboratório. Sendo assim, paciente foi orientada para ir até ao Posto de Saúde mais próximo da sua residência, onde realizaria uma triagem, o que geraria encaminhamento para atendimento no Centro de Especialidades Odontológicas, assim teria acesso à prótese de maneira gratuita.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, conclui-se que a periodontite em grau avançado passa continuamente por muitos estudos, onde se tem novas classificações para a patologia e seu perfeito diagnóstico. No início, o tratamento era bastante complexo o que levava a perda completa dos elementos dentários, porém nos dias atuais, é possível observar um tratamento conservador e eficaz para casos onde o diagnóstico é tido precocemente.

Mesmo com o avanço da ciência odontológica, o presente trabalho mostra que a falta de informação sobre patologias orais e a busca tardia pelo tratamento com o cirurgião-dentista levam ao agravamento da doença, restando como única alternativa as exodontias múltiplas. Com isso, é necessária a reabilitação imediata com prótese total para a correta função do sistema estomatognático e após alguns meses a confecção de uma prótese total definitiva.

Em virtude do custo que a prótese total definitiva geraria à paciente e pela sua impossibilidade financeira, a encaminhamos para o posto de saúde, onde fará a prótese total definitiva de forma gratuita. Até o momento deste estudo, a paciente esteve utilizando a prótese total imediata resultante de nosso atendimento. Diante disso, conseguimos reestabelecer a função mastigatória e a estética da nossa paciente, mesmo que de forma temporária.

## REFERÊNCIA

ARMITAGE GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. **Annals Periodontol.** 1999; 4(1):1-6. Disponível em:



<https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1902/annals.1999.4.1.1>. Acessado em: 18 de fev. 2020.

American academy of periodontology. Parameter on aggressive periodontitis. **J periodontol.** 71(suppl.5):867-869. 2000. Disponível em:

<https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1902/jop.2000.71.5-S.867>. Acessado em: 04 de mar. 2020.

ALMEIDA, R., PINHO, M., LIMA, C., FARIA, I., SANTOS, P., BORDALO, C. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Rev port clin geral.** 22:379-90. 2006.

Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/10250-10166-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/10250-10166-1-PB%20(1).pdf). Acessado em: 09 de mar. 2020.

ARAUJO, C., ANDERE N., SANTOS N., SANTAMARIA I., REIS A., DE OLIVEIRA L., JARDINI M., CASARIN R., SANTAMARIA M. Two different antibiotic protocols as adjuncts to one-stage full-mouth ultrasonic debridement to treat generalized aggressive periodontitis: a pilot randomized controlled clinical trial. **J Periodontol.** p.1–10. 2019.

Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1002/JPER.18-0399>. Acessado em: 09 de mar. 2020.

BATRA, P., DAS, S., PATEL, P. Comparative evaluation of gingival crevicular fluid (gcf) levels of interleukin-34 levels in periodontally healthy and in patients with chronic and aggressive periodontitis- a cross-sectional study. **Saudi dental journal.** mar., 2019.

Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.sdentj.2019.03.010>. Acessado em: 16 de mar. 2020.

BASTOS, F. B., RODRIGUES C. R. T. Prótese total imediata com recuperação da curva de spee. **Brazilian journal of surgery and clinical research.** Rio de janeiro, v.9, n.3, pp.11-16 (dez 2014 – fev 2015). Disponível em:

[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150131\\_131545.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20150131_131545.pdf). Acessado em: 09 de mar. 2020.

BELONI, W., VALE, H., TAKAHASHI, J. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **RFO**, Passo Fundo, v. 18, n. 2, p. 160-164, maio/ago. 2013. Disponível em:

<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v18n2/a06v18n2.pdf>. Acessado em: 16 de mar. 2020.

CATON JG, ARMITAGE G, BERGLUNDH T, CHAPPLE ILC, JEPSEN S, KORNMAN KS, MEALEY BL, PAPAPANOU PN, SANZ M, TONETTI MS. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions- introduction and key changes form 1999 classification. **J periodontol.** 89 suppl 1: s1-s8. 2018 jun. Disponível em:

<https://sci-hub.tw/10.1111/jcpe.12935>. Acessado em: 09 de mar. 2020

CORDEIRO, B.; CORDEIRO, C.; PINHEIRO, A. R. Rebasamento de sobredentadura mandibular com carga imediata em implantes de corpo único - relato de caso clínico com acompanhamento de 6 anos. **Revista fluminense de odontologia.** v. 46, p. 1-6, 2016.

Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/30486-104588-1-PB.pdf>. Acessado em: 28 de abril 2020

CARRANZA, F., TAKEI, H., KLOKKEVOLD, P. **PERIODONTIA CLÍNICA**. São Paulo: Elsevier Saunders. Edição: 11, p. 2603. 2012.

CORTELLI JR, CORTELLI SC, PALLOS D, JORGE AOC. Prevalence of aggressive periodontitis in adolescents and young adults from vale do paraíba. **Pesqui odontol bras**. 16(2):163-168, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12131991/>. Acessado em: 12 de mar. 2020

CHAVES, C., ALVES, C., LIMA, L., PEREIRA, A. Autopercepção e condição periodontal de pacientes com periodontite agressiva. **Rev pesq saúde**. 18(2): 71-75, mai-ago, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/8378-25564-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/8378-25564-1-PB%20(2).pdf). Acessado em: 09 de mar. 2020

DÖRFER CE. Antimicrobials for the treatment of aggressive periodontitis. **Oral dis**. 9(1 suppl 1):51-3, 2003. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1034/j.1601-0825.9.s1.9.x>. Acessado em: 19 de mar. 2020

FONSECA, E., FERREIRA, E., ABREU, M., PALMIER, A., VARGAS, A. Relação entre condição gengival e fatores sociodemográficos de adolescentes residentes em uma região brasileira. **Ciência & Saúde coletiva**. Belo Horizonte. v.20, n.11, p.3375-3384, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3375.pdf>. Acessado em: 18 de fev. 2020

GOIATO, M., SANTOS, D., MEDEIROS, R., SÔNEGO, M. Técnicas de confecção de prótese total imediata mucossuportada. **Revista odontológica de araçatuba**, V.35, N.1, P. 67-72, JAN/JUN, 2014. Disponível em: <https://apcdaracatuba.com.br/revista/2014/10/trabalho12.pdf>. Acessado em: 06 de mar. 2020

GOOYA, E., ADLI, R. Fabricating an interim immediate partial denture in one appointment (modified jiffy denture). **A clinical report. journal of prosthodontics**. v. 22, p. 330-333, 2013. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23279141/>. Acessado 28 de mar. 2020

GOMES, A. C. G. ET AL. Reabilitação bucal com prótese total imediata. **Full dent. sci.**, v. 5, n. 20, p. 590-594, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-737448?lang=es>. Acessado em: 28 de abril 2020.

GEORGE, G. S. H.; WELFARE, R. Immediate dentures: 1. Treatment planning. **Dental update**, v. 1, p. 82-91, 2017. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.12968/denu.2010.37.2.82>. Acessado em: 23 de mar. 2020.

HERRERA, D., SANZ, M., JEPSEN, S., NEEDLEMAN, I. & ROLDAN, S. A systematic review on the effect of systemic antimicrobials as an adjunct to scaling and root planing in periodontitis patients. **Journal of clinical periodontology**. n.3, p.136–159, 2002. Disponível em: <https://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1034/j.1600-051X.29.s3.8.x>. Acessado em: 28 de mar. 2020.

HEPP V., TRAMONTINA V.A., BEZERUSKA C., VIANNA G.P., KIM SH. Periodontite agressiva: relato de casos e revisão de literatura. **Rev clín pesq odontol.** 3(1):23-3, 2007. Disponível em: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/23081-40700-1-SM%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/23081-40700-1-SM%20(1).pdf). Acessado em: 18 de fev. 2020.

HASSAN, B. G., WISMEIJER, D. Integrating 3d facial scanning in a digital workflow to cad/cam design and fabricate complete dentures for immediate total mouth rehabilitation. **J adv prosthodont**, v. 9, p. 381-386, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5673615/>. Acessado em: 27 de abril 2020.

HOEPELMAN I.M., SCHNEIDER M.M. Azithromycin: the first of the tissue-selective azalides. **Int j antimicrobagents.** 5(3):145-167, 1995. Disponível em: [https://sci-hub.tw/10.1016/0924-8579\(95\)00009-w](https://sci-hub.tw/10.1016/0924-8579(95)00009-w). Acessado em: 27 de mar. 2020.

HUGHES F.J., SYED M., KOSHY B., MARINHO V., MCKAY I.J., CURTIS M.A. Prognostic factors in the treatment of generalized aggressive periodontitis: i. Clinical features and initial outcome. **J clin periodontol.** 2006;33(9):663-70. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1111/j.1600-051X.2006.00966.x>. Acessado em: 16 de mar. 2020.

LOURO, P., FIORI, H., LOURO, F., P., STEIBEL, J., FIORI, R. Doença periodontal na gravidez e baixo peso ao nascer. **Jornal de pediatria** - vol. 77, nº1, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v77n1/v77n1a08.pdf>. Acessado em: 06 de mar. 2020.

MOMBELLI A, CIONCA N, ALMAGHLOUTH A. Does adjunctive antimicrobial therapy reduce the perceived need for periodontal surgery? **Periodontol 2000.** 2011; 55(1):205-16. Disponível em: <https://sci-hub.tw/10.1111/j.1600-0757.2010.00356.x>. Acessado em: 18 de mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **A SAÚDE BUCAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** 2018. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acessado em: 03 de mar. 2020.

MUÑOZ, M., BAGGIO, F., STEFFENS, J., SANTOS, F., PILATTI, G. Aspectos genéticos e imunológicos da periodontite agressiva. **Rev sul-bras odontol.** v.7, n.1, p.90-4. mar., 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Artigopublicado.pdf>. Acessado em: 18 de fev. 2020.

OKUNSERI C, CHATTOPADHAYA A, LUGO RI, MCGRATH C. Pilot survey of oral health-related quality of life: a cross-sectional study of adults in benin city, edo state, nigeria. **BMC Oral Health.** 2005;5(7):1-8. Disponível em: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-5-7>. Acessado em: 11 de mar. 2020.

PETERSEN PE, BOURGEOIS D, OGAWA H, ESTUPINAN-DAY S, NDIAYE C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Organ.** 2005;83(9):661-669. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16211157/> Acessado em: 22 de abril 2020.

PETERSEN PE, OGAWA H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the who approach. **J periodontol.** 76(12):2187-93, 2005 dec. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16211157/> Acessado em: 1 de mar. 2020.

PERALTA, F., SUSIN, D., SCHERMA, A., CORTELLI, S., CHAGAS, C., CORTELLI, J. Terapia periodontal de suporte em paciente com periodontite agressiva generalizada: acompanhamento clínico e radiográfico de 13 anos. **Braz j periodontol.** v. 29, n.2, p.07-14, jun 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007861> Acessado em: 24 de mar. 2020.

QUIRYNEN M. BOLLEN C., VANDEKERCKHOVE B., DEKEYSER C., PAPAIOANNOU W., EYSEN H. Full-vs. Partialmouth disinfection in the treatment of periodontal infection: short term clinical and microbiological observations. **Journal of dental research.** 74 (8): 1459-1467,1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7560400/> Acessado em: 26 de mar. 2020.

ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, C. A. S. Noções de odontologia legal e bioética. 1º ed. São Paulo: **Artes Médicas**, 2013.

RÖSING CK. Quimioterapia antimicrobiana em periodontia. In: wannmacher l, ferreira mbc. Farmacologia clínica para dentistas. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara koogan**; 1999. p. 149-53.

SPANEMBERG, J., DENTÂNICO, M., NETO, J., MARTOS, J. Aspectos clínicos da periodontite agressiva: revisão. **Rev. Clín. pesq. Odontol.**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 183-189, set./dez. 2008 Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/oralresearch/article/view/23249> Acessado em: 3 de abril 2020.

STEFFENS, J., MARCANTONIO, R. Classificações das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chaves. **Rev odontol unesp.** 47(4): 189-197. Julho, 2018 Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rounosp/v47n4/1807-2577-rounosp-47-4-189.pdf> Acessado em: 14 de mar. 2020.

SANTUCHI, C.C.; COSTA, F.O. controle de variáveis de risco para o sucesso da terapia de manutenção periodontal – revisão de literatura. **Braz j periodontol**, v.21, n.4, p. 17-23, 2011 Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/lil-642415> Acessado em: 15 de mar. 2020.

TORCATO, L. B. P.; GOIATO, M. C.; FALCÓN-ANTENUCCI, R. M. Prótese total imediata: relato de caso clínico. **Revista Odontológica de Araçatuba**, v. 33, n. 2, p. 66-69,

2012. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/133238> Acessado em: 29 de abril 2020.

TONETTI MS, GREENWELL H, KORNMAN KS. Staging and grading of periodontitis: framework and proposal of a new classification and case definition. **J Clinperiodontol**. 2018; 45(suppl 20): s149–s161 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926495/> Acessado em: 26 de abril 2020.

TONETTI MS, MOMBELLI A. Periodontite agressiva. In: lindhe j, karring t, lang np. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. 4ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara koogan**; 2005. P. 212-33.

Capa > Usuário > Autor > **Submissões Ativas**

## Submissões Ativas

**ATIVO** ARQUIVO

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
244	05-06	ART	Oliveira, Alves	PERIODOTITE EM GRAU AVANÇADO: REVISÃO DE LITERATURA E...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

**CLIQUE AQUI** para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

## Apontamentos

**TODOS** NOVO PUBLICADO IGNORADO

DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	ARTIGO	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
------------------	------	-----	--------	--------	----------	------

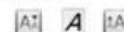
*Não há apontamentos.*

Publicado Ignorado Excluir Selecionar todos

Centro Universitário Fametro – UNIFAMETRO

ISSN 2448-1270

### TAMANHO DE FONTE



### CONTEÚDO DA REVISTA

Pesquisa

Escopo da Busca

Todos

Pesquisar

Procurar

- Por Edição
- Por Autor
- Por título

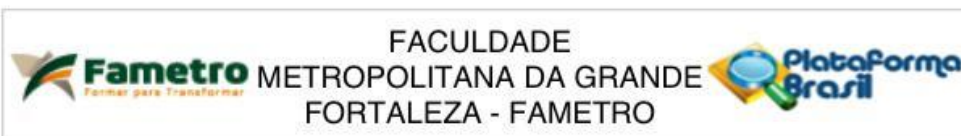
### INFORMAÇÕES

- Para leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

### PALAVRAS-CHAVE

Adolescente Corpo  
Cuidados de enfermagem  
Direito à saúde  
Educação em saúde  
**Enfermagem**  
Epidemiologia Estado  
Estudantes de enfermagem  
Hipertensão Idade média  
Interdisciplinaridade  
Judicialização da saúde  
Monitoria Políticas públicas  
Pré-escolar  
Responsabilidade civil  
Saúde bucal saúde da mulher  
Serviço Social  
Violência

Ajuda do sistema



Continuação do Parecer: 2.055.308

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_896750.pdf	02/05/2017 20:32:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	telecomalteracoessolicitadas.docx	02/05/2017 20:32:30	Paula Ventura da Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/04/2017 17:32:48	Paula Ventura da Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	05/04/2017 17:21:13	Paula Ventura da Silveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 10 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**Germana Costa Paixão**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** R. Conselheiro Estelita, 500  
**Bairro:** Centro **CEP:** 60.010-260  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3206-6417 **Fax:** (85)3206-6417 **E-mail:** cep@fametro.com.br