

PERIODONTIA II

6º Período

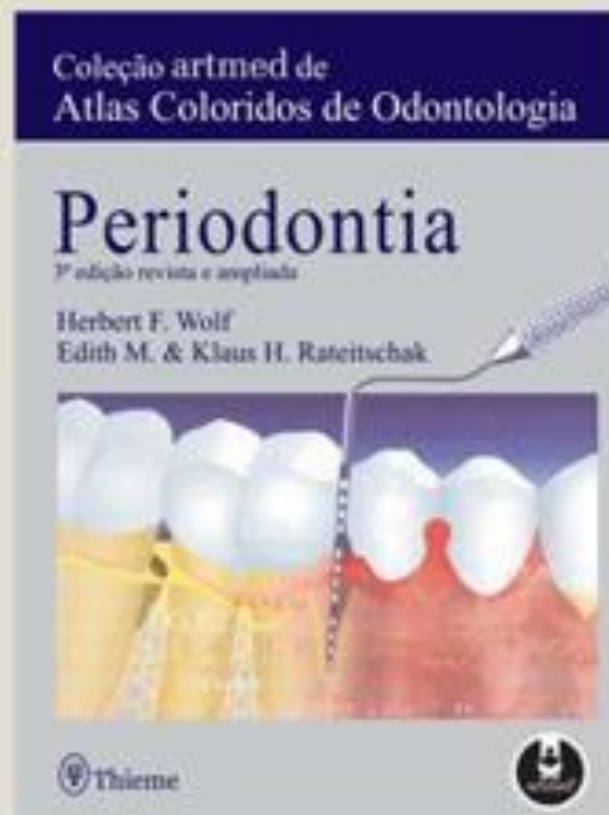
AFECÇÕES AGUDAS DO PERIODONTO

Prof. Giuliene Nunes de Souza Passoni

Especialista em Implantodontia

Mestre em Odontologia clínica

Indicação de Leitura



Doenças Periodontais Necrosantes



GUN



PERUN

A diferença consiste na perda óssea alveolar
e perda de inserção clínica

GUN – gengivite ulcerativa necrosante

- Doença bacteriana gengival que ocorre quando uma resposta do hospedeiro é prejudicada. Caracteriza-se por necrose e descamação do tecido gengival.
- Aparecimento súbito, após episódios de uma doença debilitante ou infecção aguda do trato respiratório. Histórico de alterações no hábito de vida: trabalho intenso, má-nutrição, tabagismo e estresse psicológico.

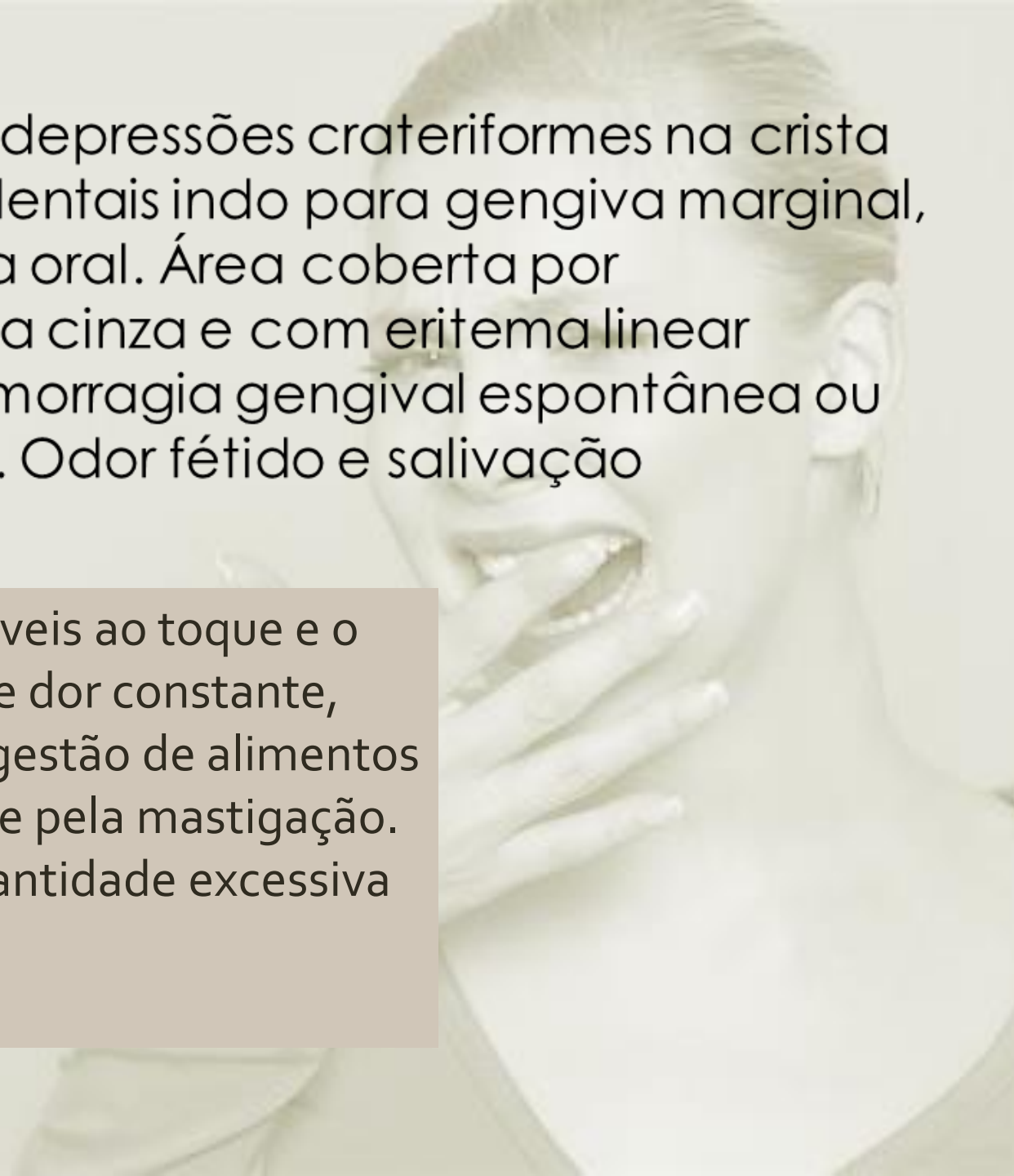
Etiologia

*Espiroquetas, bactérias
fusiformes, P. intermedia,
Selenomonas e
Porphyromonas*



Sinais e sintomas: depressões crateriformes na crista das papilas interdentais indo para gengiva marginal, inserida e mucosa oral. Área coberta por pseudomembrana cinza e com eritema linear pronunciado. Hemorragia gengival espontânea ou ao mínimo toque. Odor fétido e salivação aumentada.

Extremamente sensíveis ao toque e o paciente se queixa de dor constante, intensificada pela ingestão de alimentos quentes ou picantes e pela mastigação. Gosto metálico e quantidade excessiva de saliva pastosa



GUN



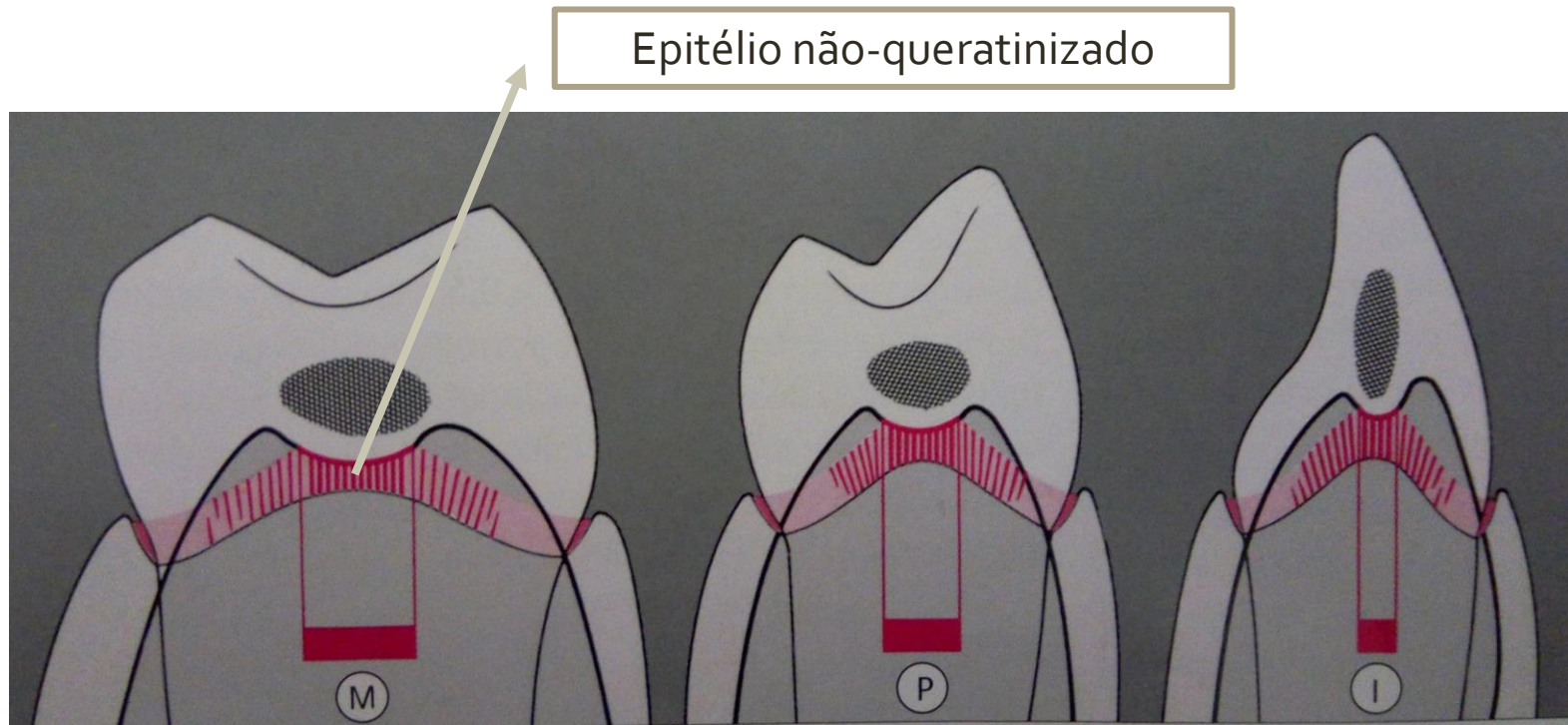
Sinais e Sintomas clínicos

- Degeneração necrótica da gengiva, ulcerações (inicia-se no col/)
- Dor
- Halitose (odor adocicado)
- Bactérias específicas



Concavidade interpapilar (Col)

Concavidade situada entre a papila vestibular e a papila lingual, não visível clinicamente, e varia em largura e profundidade de acordo com a extensão da área de contato. (união dos epitélios juncionais dos dentes vizinhos)



Histopatologia

- Presença abundante de Granulócitos polimorfonucleares (PMN) que atravessam o Epitélio juncional (EJ) em direção ao sulco e ao *col*, prosseguindo em direção à extremidade papilar e ao epitélio oral.
- Degeneração papilar
- O tecido abaixo da úlcera apresenta edema, hiperemia e grande quantidade de PMN
- Em ulcerações antigas encontram-se linfócitos e plasmócitos



Tratamento terapêutico

- AMOXICILINA 500MG + METRONIDAZOL 250 MG – 8/8H DURANTE 14 DIAS
- OU AMOXICILINA 875MG + METRONIDAZOL 400MG – 12/12H DURANTE 14 DIAS
- Severa – Gluconato de clorexidina – 0,12% - solução enxaguatória – Bochechar ½ tampa puro, 2 ou 3x ao dia por 02 minutos durante 15 dias.

Gengivite Ulcerativa necrosante	Gengivoestomatite Herpética Primária
Etiologia: interação entre bactéria e hospedeiro (fusoespiroquetas)	Etiologia: viral específica
Condição necrosante	Eritema difuso e lesões vesiculares
Crateras na margem gengival, pseudomembranas destacáveis que deixam áreas expostas	Rompimento das vesículas gerando úlceras rasas, redondas ou ovais
Gengiva marginal afetada, outros tecidos orais raramente comprometidos	Envolvimento gengival difuso, que pode incluir mucosa jugal e lábios
Rara em crianças	Ocorre com maior frequência em crianças
Duração indefinida	Duração de 7 a 10 dias
Sem imunidade demonstrada	O episódio agudo resulta em algum grau de imunidade
Contágio não observado	contagiosa

Principais infecções herpéticas da mucosa oral

Doença oral	causa
Gengivoestomatite herpética	HSV-1, HSV-2
Herpes Viral	HSV-1, HSV-2
Varicela	HHV-3 (vírus varicela-zoster)
Herpes-zóster	HHV-3 (vírus varicela-zoster)
Mononucleose	HHV-4 (vírus Epstein-Barr)
Leucoplasia pilosa	HHV-4 (vírus Epstein-Barr)
Citomegalovírus	HHV-5
Sarcoma de Kaposi	HHV-8

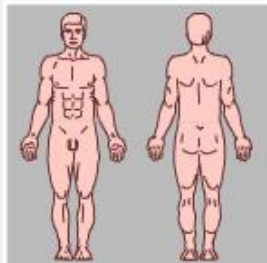
HHV= herpes-vírus humano, HSV= vírus do herpes simples

search string

by alphabet

*	A	B	C	D	E	F
G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T
U	V	W	X	Y	Z	

by localization



REAMIN
Das dermatologische
Hautschutz-Konzept

Gengivoestomatite herpética



copyright 1996 - 2016 DermIS

image description

related



Next Image

**more information about this
diagnose**

Gengivoestomatite herpética (2)

diagnósticos diferenciais

Varicela (21)

Zoster Mucosae (2)

Gingivostomatitis Herpetic
Gravis (0)

Herpangina Zahorsky (1)

Mão-pé-boca, doença da (15)

Stomatitis Epidemica (0)

Behçet, Síndrome de (9)

Afta Recorrente Crônica (16)

Stevens-Johnson, síndrome de
(55)

**find more images of the same
localisation**

Diferenciação entre Gingivite Ulcerativa Necrosante, Difteria e Sífilis Secundária

Gingivite Ulcerativa Necrosante	Difteria
Etiologia: interação entre bactéria e hospedeiro, muito provavelmente fusospiroqueta	Etiologia bacteriana específica: <i>Corynebacterium diphtheriae</i>
Afeta a gengiva marginal	Raramente afeta a gengiva marginal
Membrana facilmente destacável	Difícil de ser removida
Condição dolorosa	Menos dolorosa
Gengiva marginal afetada	Garganta, laringe e amídalas afetadas
Achados sorológicos normais	Achados sorológicos normais
Não confere imunidade	Um episódio confere imunidade
Contágio duvidoso	Contagiosa
Antibioticoterapia alivia os sintomas	Antibioticoterapia tem efeito mínimo

Wassermann, Kahn, Venereal Disease Research Laboratories.

Sífilis Secundária

Etiologia bacteriana específica: <i>Treponema pallidum</i>
Raramente afeta a gengiva marginal
Membrana não destacável
Dor mínima
Qualquer parte da boca pode ser afetada
Achados sorológicos anormais*
Não confere imunidade
A doença só é comunicada (contagiosa) pelo contato direto
Antibioticoterapia tem resultados excelentes

Conduta de tratamento para GUN (gengivite ulcerativa necrosante)

- ❖ Alívio da inflamação aguda pela redução de carga microbiana e remoção do tecido necrótico
- ❖ tratamento da doença crônica subjacente ao envolvimento agudo ou em outra parte da cavidade oral
- ❖ alívio dos sintomas gerais como febre e mal-estar
- ❖ e correção das condições sistêmicas ou fatores que contribuem para o início ou a progressão das alterações gengivais

PERUN – Periodontite Ulcerativa Necrosante

- É uma extensão da gengivite ulcerativa necrosante.
- Perda óssea e da inserção periodontal.
- Pacientes imunocomprometidos
- Sangramento, odor fétido, perda óssea grave, mobilidade dentária
- Febre, mal-estar, linfadenopatias

PERUN



Periodontite Ulcerativa (PERUN)

- Desenvolve-se muito rapidamente
- Perda de inserção óssea
- Fase aguda sempre dolorosa
- Localizada
- recidiva





Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/sdj



Case report

Necrotizing periodontitis in a heavy smoker and tobacco chewer – A case report



Afaf Zia^{a,*}, Syed Mukhtar-Un-Nisar Andrabi^{b,1}, Shagufta Qadri^{c,2},
Afshan Bey^{a,3}

^aDepartment of Periodontology, Dr. Z.A. Dental College, Aligarh Muslim University, Aligarh, India

A B S T R A C T

Necrotizing periodontitis is a distinct and specific disease characterized by rapidly progressing ulceration of the interdental gingiva and then spreading along the gingival margins and leading to acute destruction of periodontal tissues. Necrotizing ulcerative gingival lesions are common in developing countries because of poor nutritional status, poor oral hygiene and debilitating conditions. In the developed world it is mostly seen in patients with the HIV infections and other immune system dysfunctions. The exact etiology of the necrotizing lesions is still unknown; however a fusio-spirochaetal infection along with weakened host immune system seems to play a major role in the pathogenesis of these diseases. Presented is the case of acute necrotizing periodontitis in a 21 year old male patient with no systemic disease but a history of tobacco use (chewing and smoking) since 7 years. The patient was managed by conservative treatment followed by surgery for the correction of gingival defects.



Fig 1 – Clinical view showing the gingival lesions.



Fig 4 – Post operative view.



Fig 2 – Intra oral peri-apical radiographic view showing horizontal bone loss in lower anterior region.

Microbiota

- Fungos oportunistas – *Candida albicans*
- *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*
- *Prevotella intermedia*
- *Porphyromonas gingivalis*
- *Fusobacterium nucleatum*
- e espécies de *Campilobacter*

Tipo VI – Abscessos do Periodonto

A. gengival

A.
periodontal

A.
pericoronário

Os abscessos periodontais são lesões agudas que podem resultar em uma destruição muito rápida dos tecidos periodontais, seus principais sinais e sintomas são:

dor, edema, supuração, sangramento à sondagem, mobilidade dentária, linfadenopatia cervical, e contagem de leucócitos elevada.

Abscesso gengival

- É uma lesão inflamatória aguda localizada que pode surgir a partir de uma variedade de fatores , incluindo infecção pela placa bacteriana, trauma e impacção de corpo estranho.
- Os sinais clínicos incluem em edema eritematosos, liso, às vezes doloroso e com frequência flutuante. Envolve a gengiva marginal e os tecidos interdontais.



Abscesso Gengival



Carranza, 2016

Abscesso periodontal

- É uma infecção localizada contígua à bolsa periodontal e pode resultar na destruição do ligamento periodontal e do osso alveolar.



Abscesso Periodontal

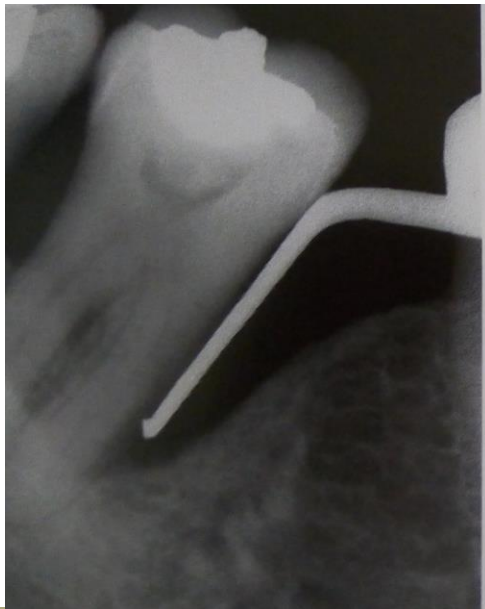
- É tipicamente encontrado em pacientes com periodontite não tratada e em associação a bolsas periodontais moderadas a profundas.
- Com frequência surgem como uma exacerbação aguda de uma bolsa preexistente. Relacionados principalmente com a remoção incompleta de cálculo, após cirurgia periodontal, após manutenção preventiva, após receber antibióticoterapia sistêmica e como resultado de doença recorrente. Podem ainda ocorrer em casos de perfuração ou fratura dental, e impacção de corpo estranho.
- O diabetes melito mal controlado tem sido considerado um fator predisponente para o abscesso periodontal.





Abscesso de bolsa





Quadro 42-1 Sinais e Sintomas de Abscesso Periodontal

Abscesso Agudo

Desconforto leve a grave

Edema ovoide, localizado e eritematoso

Bolsa periodontal

Mobilidade

Elevação do dente no alvéolo

Sensibilidade à percussão ou mordida

Exsudação

Temperatura elevada*

Linfadenopatia regional*

Abscesso Crônico

Sem dor ou dor entorpecedora

Lesão inflamatória localizada

Leve elevação do dente

Exsudação intermitente

Trajeto fistuloso com frequência associado a uma bolsa profunda

Geralmente sem envolvimento sistêmico

*Pode indicar a necessidade de antibióticos sistêmicos.

Quadro 42-3 Opções de Tratamento para Abscesso Periodontal

1. Drenagem mediante retração da bolsa ou incisão
2. Raspagem e alisamento radicular
3. Cirurgia periodontal
4. Antibióticos sistêmicos
5. Extração dental

Quadro 42-4 Indicações de Antibioticoterapia para Pacientes com Abscesso Agudo

1. Celulite (infecção não localizada, espalhando-se)
2. Bolsa profunda, inacessível
3. Febre
4. Linfadenopatia regional
5. Paciente imunocomprometido

Quadro 42-5 Opções de Antibióticos para Infecções Periodontais

Antibiótico de escolha

Amoxicilina, 500 mg

- Dose inicial de 1 g, seguida de 500 mg 3 vezes ao dia durante 3 dias.
- Reavaliação após 3 dias para determinar a necessidade de uso de antibioticoterapia continuada ou ajustada.

Alergia à Penicilina

Clindamicina

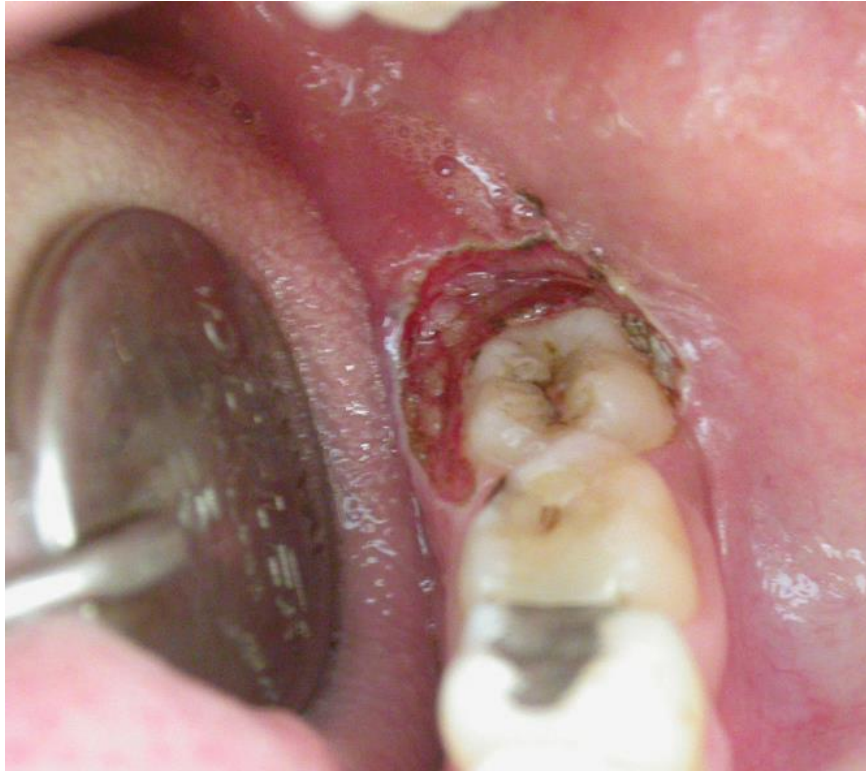
- Dose inicial de 600 mg, seguida de 300 mg 4 vezes por dia durante 3 dias.

Azitromicina (ou claritromicina)*

- Dose inicial de 1 g, seguida de 500 mg 4 vezes por dia durante 3 dias.

Abscesso Pericoronário

- Está associado à coroa de um dente parcialmente irrompido.
- Resulta da inflamação do opérculo do tecido mole, que recobre um dente parcialmente erupcionado. A lesão pode ser causada por retenção de placa bacteriana, impacção alimentar ou trauma.



Pericoronarite aguda

- Infecção do tecido pericoronário
- Ocorre principalmente nos 3molars semi-inclusos





a

Pericoronarite

Sintomas:

- Dor
- Inchaço da gengiva no local acometido
- Linfadenomegalia cervical
- Presença de um mau gosto na boca, que pode ser causada pelo vazamento de pus da gengiva à cavidade oral



Lesões endoperiodontais



O periodonto e o endodonto estão intimamente relacionados. Interligados um ao outro pelo forame apical, e frequentemente por canais laterais, especialmente nas regiões de furcas. Assim...

Alterações pulpares podem afetar diretamente os tecidos periodontais e, mais raramente, a periodontite ou uma retração avançada pode causar inflamações ou necroses pulpares pelos canais laterais, ápice ou furca.

Classificação das interações periodonto e endodonto - Guldener e Langeland (1982) depois

Eickholz (2001) simplificou:

- Classe I – problemas endodônticos primários
- Classe II – problemas periodontais primários
- Classe III – problemas endodônticos-periodontais combinados

Classe I – lesão endodôntica primária

- Em casos de lesões endodônticas primárias existem basicamente duas opções de tratamento:
 1. Extração do dente —————> Ponte fixa ou implante
 2. Tratamento endodôntico —————> reconstrução

O cimento remanescente e as fibras os restos de fibras periodontais alterados pela patologia endodôntica se regeneram, não devendo ser destruídos precipitadamente por uma raspagem radicular.

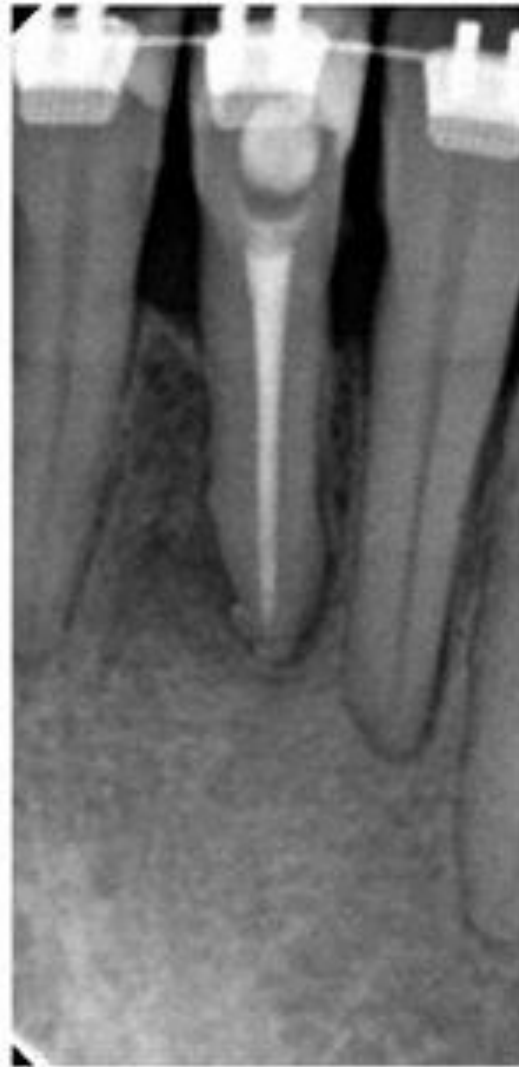
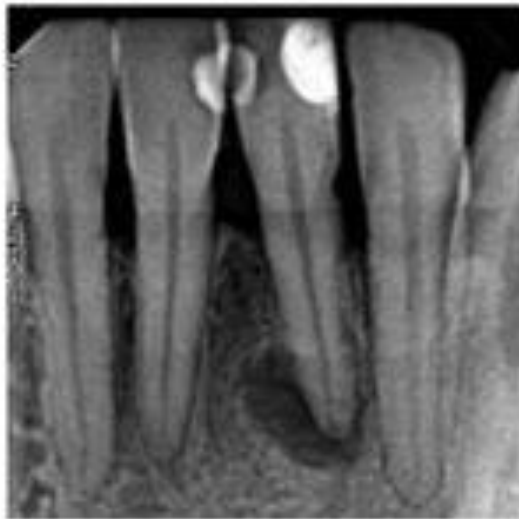




Figura 1 - Aspecto radiográfico inicial do dente 12, evidenciando extensa lesão periapical.

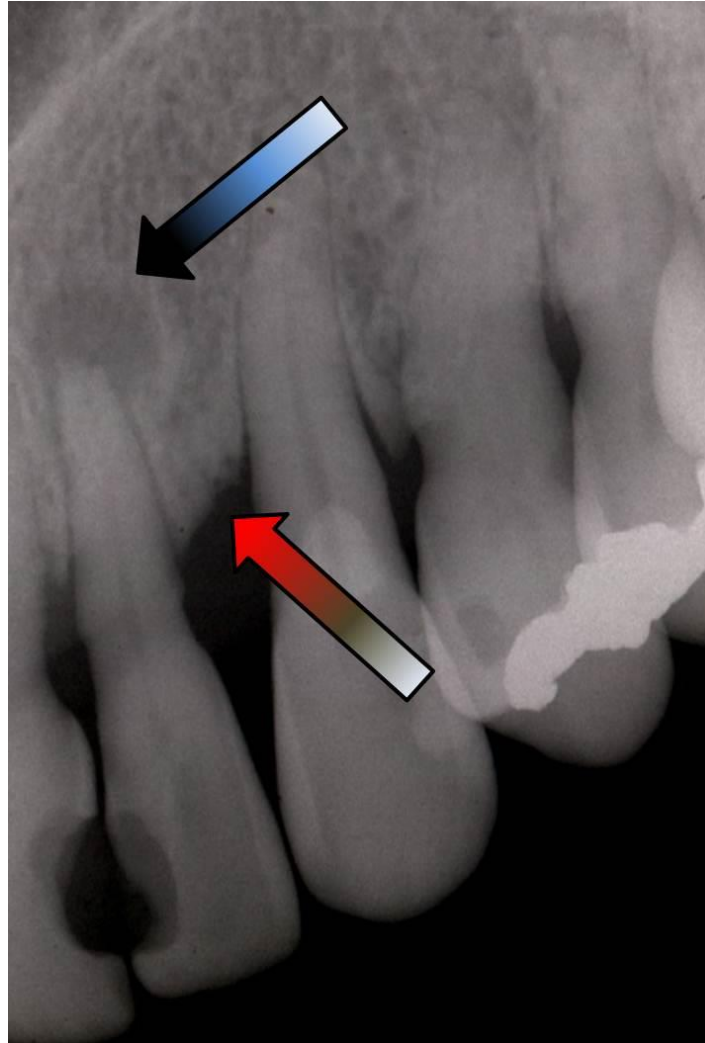


Figura 2 - Aspecto radiográfico da lesão periapical após um mês de tratamento.

Classe II – lesão periodontal primária

- Em casos de lesões periodontais primárias existem basicamente duas opções de tratamento:
 1. Extração do dente —→ Ponte fixa ou implante
 2. Tratamento periodontal + tratamento endodôntico

Normalmente em casos de lesão periodontal que comprometa a polpa são casos para extração devido à grande perda óssea e higiene do paciente.



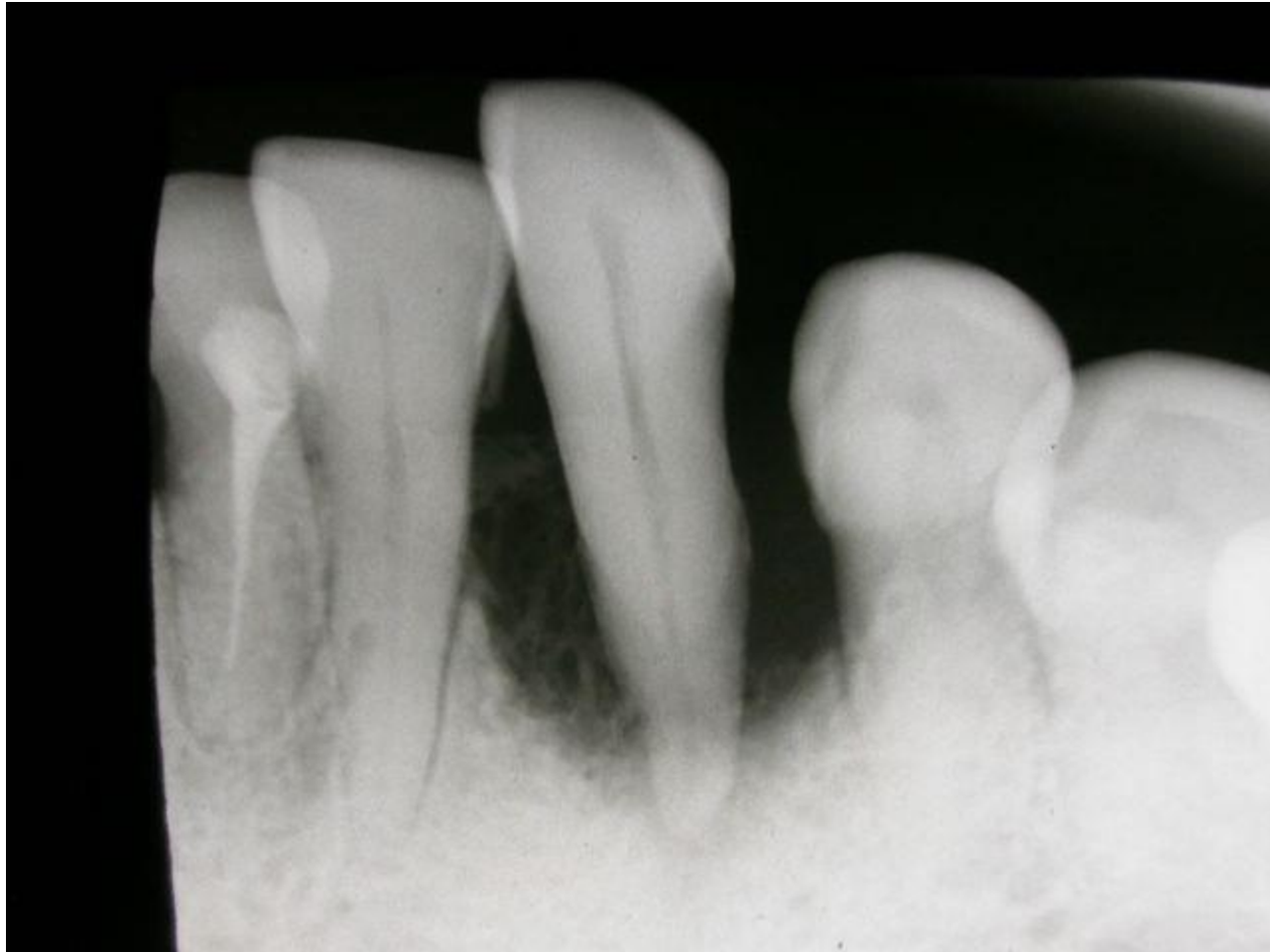


Internet: <www.endodontiaclinica.odo.br>

Considere que um paciente de quarenta e cinco anos de idade, queixando-se de fístula e mobilidade no elemento dentário 36, tenha se apresentado para tratamento em um consultório dentário e que a avaliação clínica e testes pulpares nele realizados tenham revelado ausência de vitalidade pulpar. Considere, ainda, o exame radiográfico apresentado acima, que mostra uma área radiolúcida abrangendo o ápice e a furca do dente 36. Com base nessas informações e na figura acima, assinale a opção correta.



LEMOS, E. M.





Classe III – lesão endo-pério combinada

- O tratamento periodontal e endodôntico é apenas uma tentativa de manter o dente na cavidade oral; principalmente em casos de grandes reconstruções ou quando o dente é um elemento pilar importante.

TRATAMENTO DAS LESÕES ENDOPERIODONTAIS

Rizectomia

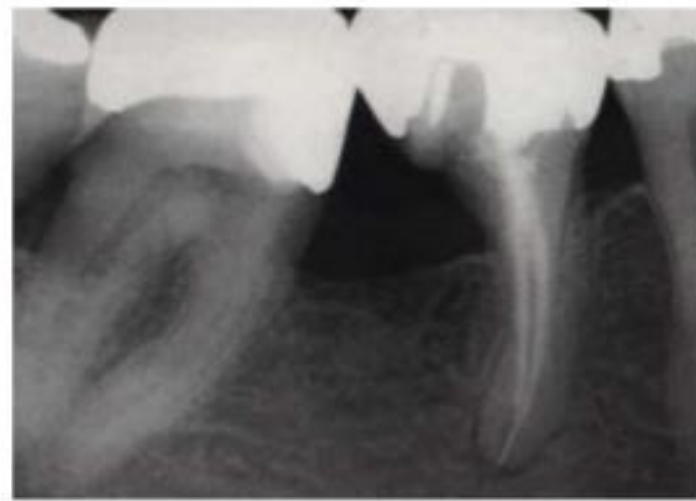
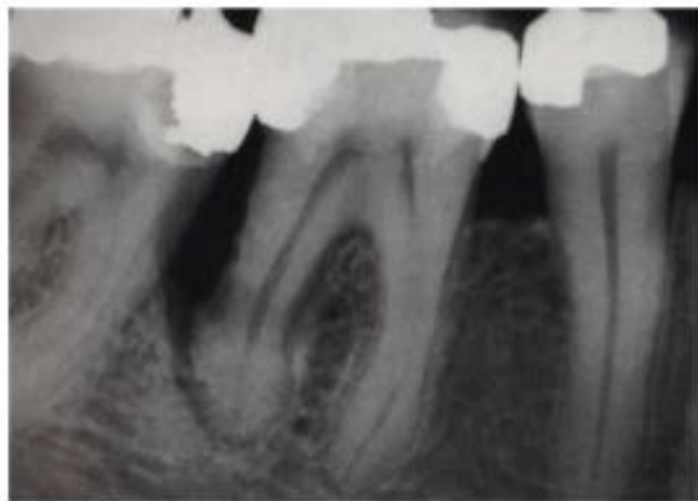
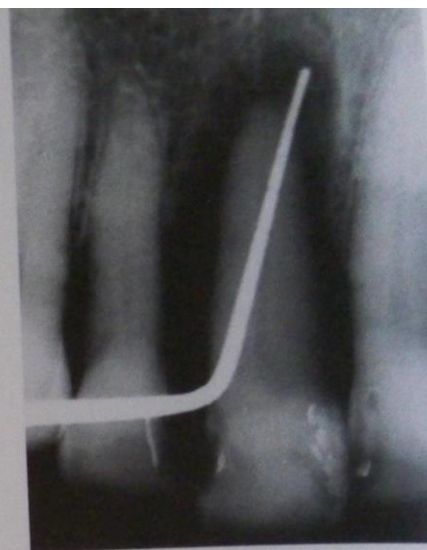
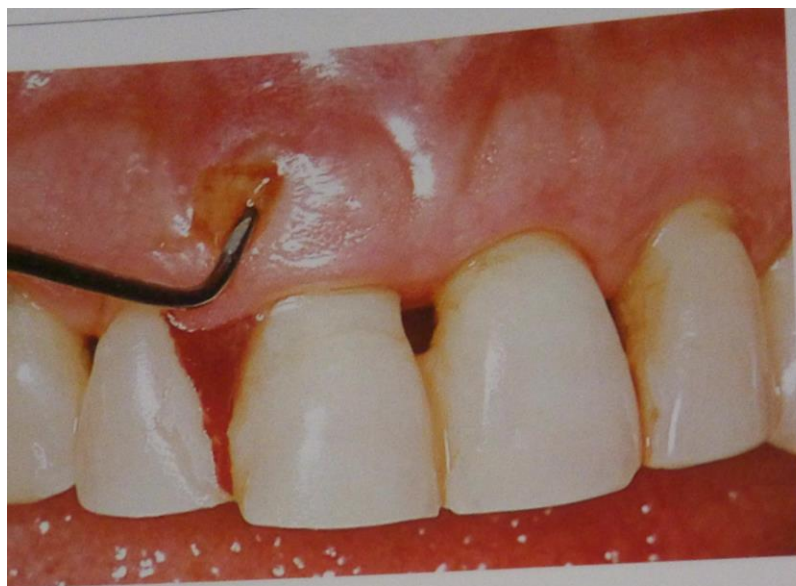




FIGURA 1 - A: radiografia de odontometria do dente 12, apresentando extenso processo osteolítico periapical. O canal radicular foi obturado mediante cultura microbiológica negativa; B: um ano após, verificou-se avançado processo reparativo periapical. Observa-se o término da obturação ligeiramente aquém do ápice radiográfico.



Comprometimento endoperiodontal – fístula



Conduta:

- Exame clínico complexo:

Anamnese específica, teste de vitalidade pulpar, sondagem periodontal e de furcas, verificação da mobilidade dentária, análise das imagens radiográficas (forma e número das raízes e dos canais radiculares)