



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PERIODONTITE AGRESSIVA E A NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS
DOENÇAS PERIODONTAIS**

Trabalho submetido por
Pedro António Fonseca
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Outubro de 2020



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**PERIODONTITE AGRESSIVA E A NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS
DOENÇAS PERIODONTAIS**

Trabalho submetido por
Pedro António Fonseca
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof^ª. Doutora Armanda Amorim Abreu

Outubro de 2020

Agradecimentos

Gostaria de dedicar este trabalho a todos os meus amigos, companheira e família, que me apoiaram neste projecto.

Um especial agradecimento à Prof^a Doutora Armanda Amorim, pela paciência e ajuda muito preciosas.

Resumo

A doença periodontal é uma doença multifactorial, que pode ter como consequências a destruição dos tecidos periodontais.

Uma classificação universal para as doenças periodontais é essencial para permitir aos médicos dentistas uma fácil comunicação entre si, e servir como ferramenta para ajudar os mesmos a conseguir um melhor diagnóstico, e disponibilizar aos doentes o melhor plano de tratamento possível.

Desde o início do século XX que pesquisadores e médicos procuram classificar as doenças periodontais, mas só a partir de 1977, a Academia Americana de Periodontologia (AAP) procurou reunir os especialistas, procurando definir uma nomenclatura universal. A classificação seria actualizada em 1986, 1989, 1999, chegando até 2017, em que AAP e a Federação Europeia de Periodontologia reuniram-se para desenvolver a classificação hoje em vigor, acompanhando a natural evolução da ciência e da evidencia científica.

O objectivo deste trabalho é o de, numa perspectiva histórica, analisar como a constante evolução da ciência acompanhou a evolução das classificações ao longo dos anos, assim como as suas limitações, até á classificação do dia de hoje, apresentando e analisando as constantes mudanças ao longo do tempo.

A metodologia do presente trabalho de monografia consistiu na sua elaboração a partir de uma base teórica, composta por livros e artigos científicos, sempre que estes se mostrassem fidedignos e relevantes para o tema do trabalho. Plataformas informáticas como Pubmed, BiomedCentral, Scielo e Elsevier foram consultadas.

Palavras chave: Periodontite; Periodontite Agressiva; Nova classificação; Doença Periodontal

Abstract

Periodontal disease is a multifactorial disease, which can result in the destruction of periodontal tissues.

A universal classification for this type of disease is without doubt essential so that not only dentists may easily communicate with one another as well as helping them to better diagnose so that they may work out with their patients the best treatment plan possible.

From the beginning of the XX century researchers and doctors have been looking to classify the periodontal diseases although it was not until 1977 that the American Academy of Periodontology gathered specialists so that they could better define a universal nomenclature. This classification would be later on updated in 1986, 1989, 1999 arriving at 2017 where the AAP gathered with the European Federation of Periodontology so that they could develop the classification that is in use now a days, following a natural evolution of science and scientific evidence.

The purpose of this work is to, in a historical perspective, is not only to analyse how the constant science evolution as kept up with the classification evolution throughout the years as well as the analysing the limitations till the classification of our time, presenting and analysing the constant changes over time

Key words: Periodontitis, Aggressive Periodontitis, New classification, Periodontal disease

Índice geral:

Introdução.....	7
Desenvolvimento:	
Classificações e nomenclaturas.....	9
A evolução das classificações das doenças periodontais.....	11
Primeiros anos.....	13
1977.....	19
1986.....	21
1989.....	23
1999.....	33
A nova classificação das doenças periodontais.....	51
Conclusão.....	73
Bibliografia.....	75

Introdução

As alterações nos tecidos que afectam os dentes e os tecidos que os circundam e os suportam, são discutidas faz centenas de anos, desde Hipócrates (460 a 377 a.C). (Goiris,2010).

De forma a desenvolver um método cientificamente correto de estudar a etiologia, patogénese e tratamento de uma patologia, sistemas de classificação são necessários, neste caso para as doenças periodontais. (Armitage, 1999).

Sistemas de classificação também facilitam a comunicação entre os profissionais clínicos, assim como favorecem a continua pesquisa científica na área de estudo, permitindo a actualização dos sistemas de classificação com o passar dos anos, como têm acontecido, de modo a favorecer as necessidades dos pacientes e da Medicina Dentária em geral.

No ano de 2017, em Chicago, nos Estados Unidos da América, realizou-se um Workshop Mundial para a Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-Implantares, no qual a Academia Americana de Periodontologia e a Federação Europeia de Periodontologia se reuniram para anunciar uma nova classificação das doenças periodontais, que substituiu a classificação até então em vigor. (Steffens, 2018).

Esta nova classificação actualizou a que datava de 1999, que apresentava falhas e imperfeições, em resultado da grande variedade e número de características e condições que as doenças periodontais apresentam. As antigas definições de periodontite agressiva ou periodontite crónica foram extintas, e foi proposto um conceito de saúde periodontal (periodonto reduzido e periodonto integro), além de dividir a definição de gengivite em apenas duas: gengivite induzida por biofilme e doenças gengivais não induzidas por biofilme. (Pannuti,2019).

Foram apenas apresentadas três formas de periodontite: periodontite, periodontite como manifestação de doença sistémica, e periodontite necrosante. Inclui também uma classificação, dada por graus e estágios, consoante o nível de características clínicas, severidade e factores de risco associados ao paciente, além de ter sido também incluída uma categoria que englobam condições específicas que afectam o periodonto, como lesões endo-periodontais, condições sistémicas, ou trauma por forças oclusais excessivas. (Canton,2018).

Os sistemas de classificação para doenças periodontais vêm sendo utilizados e actualizados há décadas, acompanhando o conhecimento e desenvolvimento científico, e gerando sempre discussão e controvérsia, com o passar dos anos.

Em 1923, Gottlieb (1885-1950), apresentou as primeiras classificações das doenças periodontais, introduzindo termos como “Periodontose”, que foram actualizadas e descontinuadas. (Fine,2014)

Em 1989, no “World Workshop in Clinical Periodontics”, foi estabelecida a primeira classificação de doenças periodontais, incluindo termos como Periodontite do

adulto, Periodontite juvenil, e Periodontite refratária, sendo também esta classificação muito controversa e criticada.

Foi actualizada e corrigida em 1993, na ocasião do “1st European Workshop in Periodontology”. Esta actualização não incluía as limitações da classificação de 1989, que limitava a categorização das doenças periodontais, a não inclusão de doenças gengivais e seus tipos, inapropriada relação com a idade do paciente, a data de início da doença e a progressão da mesma, entre outros. (Armitage, 1999)

A controvérsia e desacordo entre os clínicos persistiu, e a necessidade de uma revisão era consensual.

Em 1999, no “International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions” foi definida uma nova classificação, que viria a perdurar por muitos anos, até ser actualizada para a mais recente classificação. (Armitage, 1999)

Toda a evolução dos sistemas de classificação das doenças periodontais, desde os primeiros até ao mais actual, serão o tema abordado no trabalho, tendo em foco as suas limitações, que permitiram a sua constante adaptação consoante a necessidade dos clínicos, acompanhando a evolução da ciência.

O conhecimento da classificação das doenças periodontais é essencial para qualquer Médico Dentista, de modo a oferecer aos pacientes as melhores opções de tratamento, não só na área da Periodontologia, mas também num âmbito interdisciplinar, dada a ligação que existe entre todas as áreas da Medicina Dentária, que são de extrema importância para qualquer clínico.

Classificações e Nomenclaturas

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), uma classificação e nomenclatura universais no que respeita a patologias da área médica em geral, é essencial para permitir uma comunicação com uma linguagem universal, entre hospitais, clínicas, e profissionais de saúde em qualquer país do mundo.

Cada área médica terá as suas especificidades, na qual se inclui a medicina dentária. (OMS,2020).

Na medicina dentária, conferências e encontros científicos tiveram como um grande obstáculo durante muitos anos, a falta de uma nomenclatura universalmente compreendida e aceite largamente por toda a comunidade científica. (Easlick, 1959).

Segundo a Academia Americana de Periodontologia (American Academy of Periodontology), a doença periodontal é definida como “uma doença inflamatória que afeta as estruturas moles e duras que sustentam os dentes. Na fase inicial, chamada gengivite, as gengivas ficam “inchadas e vermelhas” devido à inflamação, que é a resposta natural do corpo à presença de bactérias nocivas. Na forma mais grave da doença periodontal chamada periodontite, as gengivas aparecem hipertrofiadas e sangrantes, o suporte dentário constituído pelo osso alveolar e ligamento periodontal reabsorvidos, os dentes apresentam mobilidade dentária de grau variável podendo mesmo cair espontaneamente.

Classificações e nomenclaturas acerca da doença periodontal sempre estiveram em constante discussão e mudança.

O objectivo de uma classificação das doenças periodontais e peri-implantares é o de fornecer aos clínicos conhecimentos científicos, que lhes permita não só oferecer aos pacientes melhores propostas de diagnóstico e tratamento, como também permitir o estudo da patogenia das doenças periodontais a toda a comunidade científica, para além da prática clínica. (Caton, 2018).

A evolução das classificações das doenças Periodontais

As doenças periodontais foram historicamente classificadas consoante os seus sintomas, sendo que as classificações e nomenclaturas acompanharam a evolução da medicina e da ciência, consoante a sua etiologia, sendo separadas em diferentes grupos. (Mittal, 2013).

O nominalismo e o essencialismo foram conceitos muito utilizados para classificar doenças na medicina.

O desenvolvimento e evolução das classificações das doenças periodontais têm sido largamente influenciadas por paradigmas que reflectem o conhecimento científico e percepção da comunidade científica perante a doença periodontal.

O conhecimento que guiou as classificações de doenças periodontais foi influenciado por três tipos de paradigmas, que foram alterados em diferentes períodos de tempo.

Primeiros anos

O primeiro paradigma, até ao ano de 1920, era baseado nas características clínicas que os médicos observavam nos seus doentes, para além de teorias sem fundamento científico. O debate centrava-se se a doença periodontal poderia ter uma causa sistémica, ou ser estabelecida devido a factores locais.

Tratava-se de um período em que muito pouco se sabia sobre etiologia e patogenia na medicina em geral. (Armitage, 2002).

O segundo paradigma, de 1920 a 1970, baseava-se em conceitos clássicos de patologia.

Com o maturar do conhecimento científico no campo da Periodontologia e da Medicina em geral, académicos Europeus e Americanos começavam a discutir a necessidade de implementar e desenvolver sistemas de nomenclatura e classificação.

Existia uma grande disparidade de classificações, com vários autores definindo a sua própria classificação. Gottlieb e Orban foram os que fizeram os avanços mais complexos. (Orban, 1958)

O terceiro paradigma infecção/resposta do hospedeiro. Alguns cientistas sugeriram que a doença Periodontal pudesse estar relacionada a alguns tipos de bactérias, assim como algumas condições sistémicas específicas. Este paradigma ganhou expressão principalmente depois dos estudos de Harald Loe, entre 1965 e 1968, que mostraram evidência de mudanças na flora da cavidade oral, durante o estabelecimento de doença periodontal. (Armitage, 2002).

O nominalismo negligenciava a etiologia da doença, e simplesmente classificava o grupo de indivíduos doentes, que apresentassem sintomas similares entre si, ou seja, simplesmente caracterizavam doentes com sintomatologia clínica semelhante.

Este modelo tinha limitações, como negligenciar a causalidade de doenças sistémicas e da saúde de cada indivíduo. (Goiris, 2010).

Em contrapartida, o essencialismo, por sua vez, não punha em parte o conceito de etiologia, mas não deixava de ter suas limitações, como por exemplo na Periodontite: não é uma patologia somente causada por bactérias, sendo que este modelo negligencia as causas genéticas e factores sistémicos. (Mittal, 2013).

Estes modelos sempre se mostraram insuficientes, por isso a constante evolução dos sistemas de classificação: unificar parâmetros clínicos, etiologia, patogenia, para possibilitar um melhor resultado para o paciente e melhor comunicação com comunidade científica e outros clínicos. (Caton, 2018)

Alguns dos termos utilizados por autores no século passado, quando não existia uma classificação universal de doenças periodontais:

Kantorowicz, 1924	Enfermidade inflamatória - Paradontite Enfermidade distrófica com pouca inflamação – Atrofia pré-senil; atrofia por trauma oclusal; distrofia por falta de oclusão; atrofia difusa
Simonton, 1927	Quimiobacteriana – Paradontose Geral – Parodontose; Atrofia difusa
Gottlieb, 1928	Inflamatória – Piorreia de Schmutz Degenerativa ou atrófica – Atrofia alveolar difusa; Piorreia paradental
Becks, 1929, 1931	Paradontite – Simples; secundária Paradontose – Atrofia pré-senil; paradontose por falta de oclusão; Atrofia alveolar difusa; paradontose secundária Paradontoma
Jaccard; 1930, 1933	Complexo inflamatório – gengivite pura, gengivite preparadontal Complexo distrófico osteopático – Parodontose distrófica; atrofia pré-senil; atrofia senil
Roy, 1935	Piorreia alveolar – Piorreia com bolsas; piorreia sem bolsas; piorreia deformadora
Robinson, 1935	Ortopiorreia Piorreia hipertrófica Rubropiorreia Piorreia senil
Weski, 1937	Paradontite – Hipertrófica; simples, ulcerativa Paradontose – Atrófica parcial; Atrófica total Paradontoma – Forma localizada; Forma generalizada
Thoma & Goldman, 1937	Estados inflamatórios – Gengivite; paradontite marginal Estados degenerativos – Parodontose Atrofia(recessão gengival, atrofia pré-senil, atrofia por desuso, atrofia por trauma oclusão) Síndrome de paradontite e parodontose
Haupl & Lang, 1927, 1940	Paradontite – Paradontite marginal, paradontite marginal superficial (alterações epiteliais regressivas e progressivas, formação de bolsas, alterações no tecido conjuntivo, alterações no osso alveolar). Paradontite marginal profunda Paradontite apical
Box & McCall, 1925, 1940	Gengivite – Aguda e crónica Periodontite – Aguda e crónica Periodontose simples Periodontose complexa
Fish, 1944	Gengivite – Ulcerativa aguda; Marginal subaguda; Marginal crónica; Traumática Piorreia – Piorreia simples, piorreia profunda, Reabsorção alveolar Neoplasia – Odontoclamas, cementoma, epulis fibroso
Hine & Hine, 1944	Gengivite Periodontite simples Entidades específicas – Tuberculose, sífilis, radiação

	Atrofia – Recessão gengival Periodontite complexa – Degeneração fibras do ligamento periodontal, reabsorção óssea Hipertrofia – Hipertrofia gengival
Held, 1949	Paradontopatia verdadeira – gengivite, paradontite, atrofia periodontal Paradontia sintomática Aumento gengival – epulis, elefantíase gengival

Tabela 1 (Glickman, 1974)

Em 1923, Gottlieb descreveu, a partir de material recolhido em autópsias, a chamada “atrofia alveolar difusa”, na qual se encontravam sinais inflamatórios pouco marcados, e acreditava tratar-se de uma correlação com doenças sistémicas, que seriam responsáveis pela reabsorção de osso e margem gengival.

Outras características eram também a sua incidência principalmente em dentes incisivos e molares, assim como a sua rápida progressão.

A “atrofia alveolar difusa” distinguia-se da também descrita “atrofia marginal” pela inflamação presente nesta, sobretudo na margem gengival. Equivalente a Periodontite Marginal crónica. Outros estudos faziam uma correlação entre doença gengival e causa bacteriana (Kritchovsky e Sequin, instituto Pasteur, 1918), mas apenas em amostras de indivíduos adultos. As amostras de Gottlieb eram de indivíduos jovens, e eram descritas como não sendo de causa bacteriana, nem conter sinais de inflamação.

Logo esta foi descrita como “Schmutz-Pyorrhoe”.

(Fine, 2014).

Em 1942, dois antigos alunos de Gottlieb, Orban e Weinmann, ampliaram a descrição anterior de Gottlieb em relação à “atrofia alveolar difusa”, acreditando que o cemento pudesse ser um elemento chave neste tipo de patologia periodontal.

Descreveram-na como “periodontose” (Glickman, 1974).

Orban definiu uma classificação complexa, para os padrões da época:

Orban, 1942

Estados inflamatórios

Gengivite

Localizada

Aguda ou crónica (dependendo da duração)

Ulcerativa e purulenta

Generalizada

Física ou química

Periodontite

Simples (se evoluiu de gengivite)

Complexa

Estados degenerativos

Gengivose (degeneração tecido ligamentar)

Periodontose

Precoce

Tardia

Estados atróficos

Atrofia periodontal (ressecção óssea)

Envelhecimento precoce (por perda de função ou trauma)

Traumatismo periodontal

Necrose por pressão

Primária (sobrecarga, bruxismo)

Secundária (perda de tecido de suporte)

Hiperplasia gengival

Infeciosa – granuloma piogénico, disfunção endócrina

Medicamentosa

Tabela 2 (Glickman, 1974))

O termo Periodontose foi definido posteriormente, em 1949 pelo comitê de nomenclatura da academia Americana de Periodontologia como: “Periodontose é uma destruição degenerativa não inflamatória numa ou mais regiões das estruturas periodontais, caracterizada pela migração e perda do dente, na presença ou ausência de proliferação da aderência epitelial, formação de bolsas ou doença gengival secundária”. O termo foi progressivamente substituído por “Periodontite Juvenil”, dada a relação com a idade. (Filho, 1981).

Em 1967, Russel avançou com a definição de Periodontite juvenil como sendo um termo usado para descrever uma condição periodontal, encontrada em jovens adultos e adolescentes, em que, sem a presença muito marcada de factores locais possivelmente irritantes, poderiam apresentar uma destruição severa e acelerada de tecidos periodontais. (Filho, 1981).

Moore define Periodontite Juvenil como destruição de tecido periodontal, que atinge quase exclusivamente, primeiros molares e incisivos de adolescentes. Os pacientes que sofrem da patologia apresentam elevados níveis séricos de anticorpos para a bactéria *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, sendo que muitos autores relatam uma relação de causalidade entre o microrganismo e a patologia em questão. (Moore, 1985).

A Academia Americana de Periodontologia tinha, em 1977, a doença dividida em 2 grupos, sendo que esta instituição é referência na classificação para as doenças periodontais até à actualidade.

A academia Americana de Periodontologia – American Academy of Periodontology, (AAP) é uma associação sem fins lucrativos, fundada em 1914, formada por Médicos Dentistas com especialidade em Periodontologia, sendo que a Periodontologia é uma das nove especialidades da área da Medicina Dentária reconhecidas pela American Dental Association (ADA).

Têm como missão consolidar a ciência na área da Periodontologia, de modo a oferecer aos pacientes e população em geral melhores cuidados médicos, através da Medicina Dentária baseada na evidência. (<https://www.perio.org/about-us>)

1977

Em 1977, a classificação pela AAP era a seguinte:

.1977

.Periodontite Juvenil

.Periodontite Marginal Crónica

Tabela 3: Classificação AAP em 1977 (Wiebe, 2000)

Esta classificação possuía claras limitações. Era apenas baseada na idade, limitando o diagnóstico de doença periodontal no adulto, sendo que na criança também era limitante, não fazendo distinção entre crianças com dentição decídua, pré-adolescentes, adolescentes ou jovens adultos.

Também não fazia qualquer menção a doença periodontal com destruição ou doença gengival sem destruição nem perda de inserção (este erro seria apenas corrigido na classificação de 1999).

Em 1986, foram adicionadas novas alterações, devido às limitações da classificação anterior. A classificação passou de 2 categorias para 4 (Griffin, 2017)

1986

.1986

- .Periodontite Juvenil
- .Pré-pubertária
- .Periodontite Juvenil Generalizada
- .Periodontite Juvenil Localizada
- .Periodontite do adulto
- .Periodontite/Gengivite Ulcerativa Necrosante
- .Periodontite Refractária

Tabela 4: Classificação AAP em 1986 (Wiebe, 2000)

Esta alteração já tinha em conta a idade em que a patologia poderia ser descrita, visto que a classificação anterior tinha um intervalo de idades muito subjectivo (Periodontite juvenil era considerada desde pré-adolescente até jovens adultos), daí a inclusão da sub-classificação de “Periodontite Juvenil pré-pubertária”, fazendo a referência à presença da patologia em indivíduos mais jovens, antes de atingirem a idade do início da puberdade. (Glickman, 1974)

O termo Periodontite juvenil foi dividido também em Periodontite juvenil generalizada e Periodontite juvenil localizada. Existiu a necessidade de subdivisão, devido à diferente localização dos dentes em que a patologia acometia.

Periodontite juvenil generalizada:

Perda de inserção interproximal generalizada, afectando pelo menos 3 dentes, para além dos primeiros molares e incisivos.

Marcada destruição de inserção e osso alveolar.

Periodontite juvenil localizada:

Localização específica para o primeiro molar, e/ou incisivo.

Forte resposta imunitária do organismo ao tratamento.

Estes termos ainda eram utilizados para descrever a doença em crianças e adolescentes apenas. (Lindhe, 2005)

Periodontite do adulto definiu-se para adultos, com idade acima de 35 anos, com algum tipo de perda óssea. O termo surgiu, porque anteriormente a classificação era mais específica para paciente jovens, logo existia a necessidade de classificar a doença para doentes não jovens, pois claramente não era exclusiva destas idades, daí a necessidade da

criação de uma nova categoria, sendo a anterior demasiado restritiva. Calcula-se que aproximadamente 18% da população adulta Americana sofria de algum tipo perda óssea, outro factor importante para a criação da categoria.

(Van Der Velden, 2000).

Periodontite/Gengivite Ulcerativa Necrosante foi a primeira tentativa de classificação desta forma aguda da doença, apresentando rápida destruição de tecidos, com ou sem destruição óssea (esta classificação ainda não apresentava essa distinção). Parecia estar relacionada a um estado de imunossupressão do paciente. (Lindhe, 2005).

Periodontite refractária refere-se a continua perda de tecido periodontal, mesmo com tratamento e adequada higiene oral, foi um termo introduzido para a classificação de 1986, actualizando a de 1977. Caracteriza a falta de resposta do paciente ao tratamento em questão.

Dos factores que podem estar relacionados com a falta de resposta do organismo à terapia periodontal, incluem-se a extensão da patologia antes do tratamento se iniciar, tipo de tratamento (cirúrgico ou não cirúrgico), tipo de terapêutica (utilização ou não de antibióticos, e qual o tipo de antibiótico), envolvimento de lesões de furca, quais os dentes envolvidos, e hábitos tabágicos do paciente em tratamento, assim como a flora microbiana do individuo. (Wiebe, 2000).

Eram evidentes as limitações da classificação.

Não existia qualquer categoria nem qualquer menção para as periodontites relacionadas a doenças sistémicas, e assim não tendo em conta possíveis quadros de imunossupressão nos doentes, que podem levar a diferentes manifestações da doença;

O termo “Periodontite juvenil” também era ambíguo, visto não distinguir a idade do diagnóstico da idade do paciente em si. A nomenclatura era evidentemente centrada na idade do paciente, e a categoria de periodontite do adulto demasiado subjectiva, sendo o diagnóstico demasiado subjectivo e sem demais distinções;

Na categoria das doenças necrosantes ulcerativas, não era feita qualquer distinção em relação aos tecidos destruídos, da existência ou não de perda óssea, assim como a terapêutica e tratamento, não havendo distinção e tratando-se de uma classificação homogénea para os diferentes tipos de doença periodontal necrosante;

Também não existia qualquer menção de doenças gengivais, nem de diferentes graus de destruição periodontal.

Em 1989, deu-se o um evento de âmbito científico chamado de “World Workshop in Clinical Periodontics”, sugerindo alterações e actualizações da nomenclatura anteriormente utilizada.

A actualização foi a seguinte:

1989

.1989

- .Periodontite de inicio precoce
- .Periodontite pré-pubertária
 - .Localizada
 - .Generalizada
- .Periodontite juvenil
 - .Localizada
 - .Generalizada
- .Periodontite de progressão rápida
- .Periodontite do adulto
- .Periodontite Ulcerativa necrosante
- .Periodontite refractária
- .Periodontite associada a doenças sistémicas

Tabela 5: Classificação AAP em 1989 (Wiebe,2000).

O termo Periodontite juvenil foi substituído por Periodontite de início precoce, definindo-se como “uma designação coletiva para um grupo de diferentes doenças periodontais destrutivas que afetam pacientes jovens (periodontites pré-pubertária, juvenil, e progressiva rápida).” Definindo-se que tinham um início precoce, portando afectando indivíduos jovens (com menos de 35 anos).

A designação “início precoce” implica, portanto, a designação da época do diagnóstico e início do tratamento da patologia.

Foi dividida em Periodontite pré-pubertária e Periodontite juvenil.

(Castro, 2002).

Periodontite pré-pubertária (e suas distinções: localizada e generalizada, utilizando os mesmos parâmetros anteriormente estabelecidos para as distinguir, em função da localização dos sinais clínicos na arcada dentária), era uma classificação utilizada para crianças que sofriam de severa destruição periodontal, ainda em dentição

decídua. Esta destruição de tecidos ocorria na presença de poucos ou nenhuns factores locais.

Eram casos considerados raros, e geralmente estes pacientes apresentavam alguma patologia sistémica. (Lindhe, 2005).

Periodontite juvenil (e suas distinções: localizada e generalizada, utilizando os mesmos parâmetros anteriormente estabelecidos para as distinguir, em função da localização dos sinais clínicos na arcada dentária), englobava os jovens em que a patologia já acontecia na presença de dentição permanente. (Lindhe, 2005).

Periodontite de progressão rápida tinha como objectivo descrever paciente com uma rápida progressão e destruição de tecidos, sinais observados tanto clinicamente, como radiologicamente. Era observada em jovens adultos, dos 20 aos 35 anos.

Descrevia-se por tecido gengival extremamente inflamado, hemorragia acentuada, proliferação da margem gengival, a presença de exsudado.

Era acompanhada por vezes de um quadro clínico de mal estar geral, perda de peso e depressão. (Page, 1983).

Periodontite do adulto e Periodontite refractária mantiveram as suas designações e características.

Periodontite associada a doenças sistémicas, foi a alteração mais notável.

Periodontologistas nos anos 80, observavam lesões orais, fazendo a ligação de serem potenciais sinais clínicos da presença de doenças sistémicas, como o HIV. (Griffin, 2017).

Ficou claro que patologia periodontal poderia estar associada a certas doenças sistémicas, juntamente com a presença de placa bacteriana, ou de outros factores locais. A imunossupressão do indivíduo gerava um quadro clínico oportuno para a proliferação de infecções bacterianas, que desencadeariam a doença. (Armitage, 1999).

Factores sistémicos podem também interferir na resposta do doente aos tratamentos da doença periodontal, assim como medicamentos utilizados para o tratamento de certas doenças sistémicas podem gerar quadros de imunossupressão, podendo ser um factor importante para o aparecimento de doença periodontal. A terapêutica periodontal poderia assim ser modificada e adequada a cada paciente, dependendo da sua patologia sistémica.

(Castro, 2002).

Esta nova categoria incluía relação com patologias como HIV, doenças autoimunes, doenças oncológicas, entre outras, englobando qualquer patologia que pudesse levar o indivíduo a um quadro de imunossupressão, mas sem fazer quaisquer distinções entre estes. (Wiebe, 2000).

Esta classificação continha diversas limitações.

A Periodontite pré-pubertária era uma condição considerada rara, envolvida com problemas de imunossupressão e comorbilidade com outras patologias, portanto a categoria sobrepunha-se à categoria de Periodontite associada a doenças sistémicas;

O termo Periodontite de início precoce incluía pacientes que apresentassem perda de tecido na presença de pouca placa e de poucos factores locais, e que tivessem menos de 35 de idade, mas era demasiado ambígua, visto pacientes mais velhos também poderem ter doença periodontal com estas características, portanto era um termo demasiado restritivo;

A Periodontite de progressão rápida tinha critérios pouco claros, pois pacientes diagnosticados dentro desta categoria poderiam também ser incluídos noutras categorias, sendo assim o diagnóstico possivelmente confuso e pouco claro, sendo que estes pacientes representam um grupo pouco homogéneo, e não eram ligadas à idade do paciente;

Periodontite do adulto representava uma categoria pouco clara, sendo muito pouco específico, dificultando o diagnóstico, sendo que um adulto pode ter diversos tipos e causas etiológicas de periodontite, logo esta categoria sobrepõe-se às outras categorias;

A categoria das periodontites necrosantes não fazia qualquer distinção em relação à severidade da doença, que tecidos teriam sido afectados pela doença (se apenas tecidos gengivais, ou também tecidos de suporte), e em que fase a doença se encontrava, limitando e dificultando assim o seu tratamento;

Periodontite refractária relacionava-se com factores como tabagismo, imunossupressão ou falta de higiene do paciente, factores que prejudicam claramente o sucesso do tratamento da doença periodontal, assim como o próprio tratamento, pode não ser o mais adequado, dependendo do clínico. Por isso ser também incluídas dentro de outras categorias, dificultando assim o diagnóstico;

Periodontite associada a doença sistémica, não faz qualquer distinção entre as patologias em questão, e de como podem ter diferentes efeitos no tecido periodontal. Também não têm em conta factores sistémicos como tabagismo, gravidez ou terapêutica que cause imunossupressão, limitando e condicionando a abordagem;

Nenhuma menção nem distinção de qualquer tipo de doença periodontal gengival, com ou sem relação com placa bacteriana ou outros factores locais.

Esta classificação apresentava-se como pouco nítida, limitante em caracterizar certos tipos de periodontite, tendo como resultado muito custo e muita ambiguidade para caracterizar e diagnosticar certos pacientes, e ainda demasiado centrada na idade do paciente, assim como na taxa de progressão da doença periodontal.

Em 1993, reuniu-se o ““1st European Workshop in Periodontology”, com o objectivo de corrigir lacunas deixadas pela classificação de 1989, e de actualizar a mesma.

A necessidade de padronização dos sistemas de classificação acompanhou os conhecimentos adquiridos sobre a etiologia e a patogénese da doença periodontal. Foi definido um consenso para critérios mais simples e objectivos, devido às limitações da anterior classificação.

A necessidade de diferenciação de doença periodontal gengival era imperativa.

(Castro, 2002).

A classificação foi assim definida:

.1993

.Gengivite

.Gengivite por placa bacteriana

.Não agravada

.Agravada sistemicamente:

.Hormonas sexuais

.Doenças sistémicas

.Fármacos

.Gengivite Ulcerativa Necrosante

.Por determinantes sistémicos

.Relacionada ao HIV

.Gengivite não relacionada com placa bacteriana

.Associada a doenças dermatológicas

.Alérgica

.Infecciosa

.Periodontite

.Periodontite do adulto

.Não agravada

.Agravada sistemicamente

.Periodontite de estabelecimento precoce

.Localizada

Alterações leucocitárias

.Generalizada

Anormalidade do neutrófilo

Imunodeficiência

.Relacionada com doenças sistémicas

.Determinantes sistémicos desconhecidos

.Periodontite Ulcerativa Necrosante

.Determinantes Sistémicos

.Relacionada ao HIV

.Relacionada com a nutrição

Tabela 6: Classificação do 1st European Workshop in Periodontology de 1993, segundo Ranney(Dias, 2006).

Existia uma demanda por parte dos especialistas para que a anterior classificação, de 1989, fosse actualizada, atendendo às necessidades dos clínicos. (Canton, 2018).

No encontro Europeu de 1993, determinou-se que a classificação deveria ser simplificada, e proposto um agrupamento das doenças periodontais: Periodontite do adulto e periodontite de estabelecimento precoce. As evidências continuavam a mostrar a necessidade e importância da relação da doença periodontal com a idade do doente, de modo a oferecer um tratamento periodontal específico, de acordo com a idade do estabelecimento da doença. (Dias, 2006).

Também foi criada a divisão da gengivite, separando assim a sua divisão específica para a Gengivite. Contemplava assim as doenças gengivais:

Induzidas por placa

Não induzidas por placa

Gengivite Ulcerativa Necrosante

O factor etiológico caracterizava a forma de gengivite, sendo a placa o factor etiológico primário para a primeira categoria criada. A presença de placa bacteriana em contacto com o tecido resulta na sua inflamação.

Sem a existência significativa de placa bacteriana, o desenvolvimento de sinais de infecção seria atribuído a outras causas, sistémicas ou não. Mas os dois tipos de gengivite descritos apresentam características em comum.

A gengivite ulcerativa necrosante estaria relacionada a causas de envolvimento sistémico.

A introdução da diferenciação entre gengivites e periodontites reflectia a necessidade separar sinais clínicos, radiológicos, tecidos atingidos, e diferentes graus de destruição da doença periodontal. (Lang, 1994)

A classificação na categoria das Periodontites adicionou algumas mudanças numa questão apenas de semântica, e retirou menção a Periodontite refractária, por ser um termo potencialmente ambíguo.

Na Periodontite relacionada a doenças sistémicas, foi adicionada uma nova designação para englobar causas desconhecidas., em que não existisse conhecimento ou evidencia suficiente para estudar a causa. (Lindhe, 2005)

O seminário Europeu acrescentou importantes mudanças, positivas e negativas:

A distinção entre gengivite e periodontite, devido a seus diferentes sinais clínicos e radiológicos, assim como graus de destruição de tecidos diferentes;

Foi dada a importância à placa bacteriana como possível factor etiológico primário, e, na ausência deste, investigar uma possível causa sistémica (estas alterações em relação à classificação de 1989 viria a influenciar a posterior e mais abrangente classificação de 1999.);

O termo de periodontite refractária começou a ser descontinuado, visto ser ambíguo e sobrepor-se a outras categorias da doença;

Continuava a ser utilizada a designação de Periodontite de estabelecimento precoce e Periodontite do adulto, incorrectamente, visto que estes dois tipos da patologia não eram exclusivos da sua faixa etária, podendo ocorrer em qualquer idade, condicionando e limitando assim o diagnóstico;

Classificação das doenças gengivais pouco clara;

A idade de estabelecimento da doença não caracterizava a doença em si, porque podia acontecer em diferentes faixas etárias;

Distinção entre Gengivite Ulcerativa Necrosante e Periodontite Ulcerativa Necrosante, que em 1999 seriam englobadas dentro da mesma categoria, por existir evidencia de se tratar da mesma doença, mas em diferentes estádios da mesma infecção, e que não podiam representar alterações patológicas distintas;

Periodontite relacionada a doenças sistémicas com determinantes sistémicos desconhecidos, poderia englobar diversos quadros clínicos, com sintomas e características clinicas muito díspares;

Gengivite não relacionada com placa bacteriana, tinha seus subtipos pouco claros e pouco específicos;

Inexistência de uma referência sobre lesões endodônticas.

As anteriores classificações apresentavam dificuldades para os clínicos conseguirem diagnósticos claros, influenciando o plano de tratamento a propor aos doentes. Não existia um consenso internacional, e as limitações estendiam-se a todas as classificações até então criadas:

Sobreposição das categorias de doença Periodontal;

Não existência, ou existência pouco clara, de distinção de doença periodontal gengival, e uniformização de seus sinais clínicos;

Inapropriado ênfase na idade do paciente, e de quando a doença se estabeleceu (a doença não se estabeleceu necessariamente quando o Médico formulou o diagnóstico);

Inapropriada abordagem na taxa de progressão da doença;

Falta de detalhes necessários para a caracterização adequada do amplo espectro de doenças periodontais encontradas na prática clínica;

Quantidade insuficiente de subcategorias da doença;

Inexistência de qualquer menção a lesões de comprometimento endodôntico (lesões endo-periodontais); (Armitage, 1999)

Uma classificação universal das doenças Periodontais facilita a comunicação dos clínicos, no âmbito da prática clínica, mas também no âmbito acadêmico, de forma a desenvolver uma progressiva capacidade de investigação científica. (Canton, 2018)

A falta de uma classificação universal terá como consequência o uso de diferente terminologia e nomenclatura no meio acadêmico.

De forma a analisar os diferentes termos científicos que foram utilizados em estudos nas últimas décadas, foi realizado, em Julho de 2016, um levantamento através da base de dados PubMed, sobre o número de estudos publicados em 1967, 1977, 1987, 1997, 2007 e 2015, utilizando os termos:

”Periodontose”

”Periodontite”

”Periodontite Juvenil”

”Periodontite de progressão rápida”

”Periodontite do adulto”

”Periodontite agressiva

”Periodontite crônica”

”Periodontite refractária”

”Periodontite necrosante/ulcerativa”

O número de publicações encontradas contendo os termos descritos, foi de 35 em 1967, até 498 em 2015. (Van der Velden, 2017)

O resultado do levantamento é apresentado na tabela que em seguida se apresenta:

Termo utilizado	1967 n (%)	1977 n(%)	1987 n(%)	1997 n(%)	2007 n(%)	2015 n(%)
Periodontite	10 (28,6%)	9(25,7%)	26(20,5%)	59(53,2%)	82(41,8%)	179(35,9%)
Periodontite Marginal	4(11,4%)	1(2,8%)	7(5,5%)	-	-	-
Periodontite do adulto	-	-	10(7,9%)	20(18,0%)	1(0,5%)	2(0,4%)
Periodontite Crónica	1(2,8%)	5(14,3%)	12(9,4%)	-	64(32,7%)	234(47,0%)
Periodontite Crónica do adulto	-	-	3(2,4%)	6(5,4%)	2(1,0%)	3(0,6%)
Periodontite marginal crónica	-	2(5,7%)	4(3,1%)	-	1(0,5%)	1(0,2%)
Periodontose	19(54,3%)	12(34,3%)	8(6,3%)	1(0,9%)	-	-
Periodontite pré-pubernal	-	-	6(4,7%)	4(0,4%)	1(0,5%)	-
Periodontite juvenil	1(2,8%)	6(14,1%)	25(19,7%)	2(1,8%)	2(1,0%)	-
Periodontite Juvenil localizada	-	-	7(5,5%)	5(4,5%)	1(0,5%)	-
Periodontite Juvenil generalizada	-	-	1(0,8%)	-	-	-
Periodontite de progressão rápida	-	-	7(5,5%)	4(0,4%)	1(0,5%)	-
Periodontite de acometimento precoce	-	-	7(5,5%)	8(7,2%)	1(0,5%)	-
Periodontite agressiva	-	-	-	-	24(12,2%)	51(11,2%)
Periodontite agressiva localizada	-	-	-	-	2(1,0%)	4(0,8%)
Periodontite agressiva generalizada	-	-	-	-	13(6,6%)	22(4,4%)
Periodontite refractária	-	-	3(2,4%)	2(1,8%)	1(0,5%)	1(0,2%)
Periodontite ulcerativa/necrosante	-	1(2,8%)	1(0,8%)	-	-	1(0,2%)
Publicações contendo os termos citados	35	36	127	111	196	498
Publicações acerca de periodontologia/doença periodontal	984	1008	1482	1480	2157	2357

Tabela 7 (Van der Velden, 2017)

Podemos observar que o termo Periodontite sempre foi utilizado, por se tratar da definição de doença periodontal que mais categorias pode englobar, que foram propostas ao longo dos anos.

Mesmo assim, podemos observar alguns termos surgindo após os mesmos terem sido descontinuados pela AAP, ou após o encontro Europeu de 1993, mostrando a pouca clareza das classificações, dificuldade de transição e não existir uma total adesão às alterações por parte da comunidade académica, mostrando a necessidade de alterações à classificação.

1999

Em 1996, durante o “World Workshop in Periodontics”, a necessidade de revisão do sistema de classificação foi enfatizada, sendo que em 1997 a AAP formou um comité, com o objectivo de responder à necessidade de actualização da comunidade científica, e organizar um workshop internacional para rever a nomenclatura. (Highfield,2009).

Como resultado, em 1999, entre 30 de Outubro e 2 de Novembro, realizou-se um seminário internacional, “International Workshop for a Classification of Periodontal Diseases and Conditions”, para a realização de mudanças e actualizações da classificação e nomenclatura em vigor. (Haas,2006)

A nova classificação ficou definida como a seguinte:

Doenças gengivais

- A. Doença gengival induzida por placa
 - 1. Gengivite associada apenas com presença de placa
 - 2. a. Sem a presença de factores locais
 - 3. b. Com a presença de factores locais
 - 4. Doença gengival modificada por factores sistémicos
 - 5. a. Associada com o sistema endócrino
 - 6. 1) Gengivite associada à puberdade
 - 7. 2) Gengivite associada ao ciclo menstrual
 - 8. 3) Associada à gravidez
 - 9. a) Gengivite
 - 10. b) Granuloma piogénico
 - 11. 4) Gengivite associada a Diabetes Mellitus
 - 12. b. Associada a patologias sanguíneas
 - 13. 1) Gengivite associada a Leucemia
 - 14. 2) Outro
 - 15. Doença gengival modificada por medicamentos
 - 16. a. Doença gengival influenciada por fármacos
 - 17. 1) Hiperplasia gengival influenciada por fármacos
 - 18. 2) Gengivite influenciada por fármacos
 - 19. a) Gengivite relacionada a anti-contraceptivos orais
 - 20. b) Outros
 - 21. Doença gengival modificada por má-nutrição
 - 22. a. Gengivite associada a deficiência por ácido ascórbico
 - 23. b. Outro
- B. Lesões gengivais não induzidas por placa
 - 1. Doença gengival de origem bacteriana específica
 - 2. a. Associada a *Neisseria gonorrhoea*
 - 3. b. Associada a *Treponema pallidum*
 - 4. c. Associada a *Streptococcus*

5. d. Outros
6. Doença gengival de origem viral
7. a. Infecção por Herpesvirus
8. 1) Gengivite herpética primária
9. 2) Herpes oral recorrente
10. 3) Infecção por varicela-zoster
11. b. Outro
12. Doença gengival de origem fúngica
13. a. Infecção Candida
14. 1) Candidiase gengival generalizada
15. b. Eritema gengival linear
16. c. Histoplasmose
17. d. Outro
18. Lesão gengival de origem genética
19. a. Fibromatose gengival hereditária
20. b. Outro
21. Manifestações gengivais de condições sistémicas
22. a. Perturbações mucocutâneas
23. 1) Líquen plano
24. 2) Penfigoide
25. 3) Penfigo vulgar
26. 4) Eritema Multiforme
27. 5) Lupus eritematoso
28. 6) Induzido por fármacos
29. 7) Outro
30. b. Reacções alérgicas
31. 1) Materiais de restauração dentários
32. a) Mercúrio
33. b) Níquel
34. c) Acrílico
35. d) Outro
36. 2) Reacção atribuída a:
37. a) Dentífricos
38. b) Colutórios
39. c) Aditivos de pastilhas elásticas
40. d) Alimentos
41. 3) Outros
42. Lesões traumáticas
43. a. Lesão química
44. b. Lesão física
45. c. Lesão térmica
46. Reacção externa ao organismo
47. Não especificado anteriormente

Periodontite Crónica

- A. Localizada
- B. Generalizada

Periodontite Agressiva

- A. Localizada
- B. Generalizada

Periodontite como manifestação de doenças sistémicas

- A. Associada a alterações hematológicas
- B. 1. Neutropénia adquirida
- C. 2. Leucemia
- D. 3. Outros
- E. Associada a alterações genéticas
- F. 1. Neutropenia familiar ou cíclica
- G. 2. Síndrome de Down
- 3. Síndrome de deficiência de adesão de leucócitos
- 4. Síndrome de Papillon-Lefèvre
- 5. Síndrome de Chediak-Higashi
- 6. Histiocitose
- 7. Doença de armazenamento de glicogénio
- 8. Agranulocitose genética infantil
- 9. Síndrome de Cohen
- 10. Síndrome de Ehlers-Danlos (tipos IV e VIII)
- 11. Hipofosfotasia
- 12. Outros
- C. Não especificado

Doenças Periodontais Necrosantes

- A. Gingivite Ulcerativa Necrosante (GUN)
- B. Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)

Abcessos do Periodonto

- A. Abcesso gengival
- B. Abcesso periodontal
- C. Abcesso pericoronar

Periodontite associada a lesões endodônticas

- A. Lesão perio-endodôntica

Deformações e condições desenvolvidas ou adquiridas

- A. Factores locais relacionados a dentes que influenciam ou predispõe para doença gengival/periodontite induzida por placa
- B. 1. Factores anatómicos dentários
- C. 2. Restaurações dentárias
- D. 3. Fractura radicular
- E. 4. Absorção radicular cervical
- F. Deformações mucogengivais peridentárias
- G. 1. Recessão gengival
- H. a. Superfície lingual/vestibular
- I. b. Superfície interproximal(papilar)
- J. 2. Défice de gengiva queratinizada
- K. 3. Défice de profundidade vestibular
- L. 4. Posição anormal do freio
- M. 5. Excesso gengival
- N. a. Pseudobolsa
- O. b. Margem gengival inconsistente(?)
- P. c. Excesso tecido gengival(?)
- Q. d. Hiperplasia gengival(?)
- 6. Alteração de cor
- C. Deformações mucogengivais em sulcos edêntulos
 - 1. Deficiência em sulco vertical/horizontal
 - 2. Défice de gengiva/tecido queratinizado
 - 3. Hiperplasia gengival/tecido mole
 - 4. Posição anormal do freio
 - 5. Défice de profundidade vestibular
 - 6. Alteração de cor
- D. Trauma oclusal
 - 1. Trauma oclusal primário
 - 2. Trauma oclusal secundário

Tabela 8 (Armitage, 1999).

Foi adicionada a categoria das doenças gengivais, ausente na classificação de 1989 (embora mencionada na actualização Europeia de 1993), induzida por placa ou não induzida por placa.

O diagnóstico de gengivite implica não ocorrer perda de inserção, embora uma periodontite tratada anteriormente possa ser diagnosticada como periodontite, dada as características clínicas. (Lindhe, 2005).

O diagnóstico clínico de gengivite dá-se por meio da presença de vermelhão ou edema do tecido gengival, hemorragia, alterações da consistência, presença de placa (ou cálculo), e não existir qualquer perda de inserção.

Quanto a sinais radiológicos, não deve indicar características de perda de crista óssea alveolar. (Castro, 2002).

Gengivite induzida por placa, pode ser apenas relacionada a esta, com ou sem a presença de factores locais (uma restauração debordante, por exemplo, pode promover o acúmulo de placa bacteriana, e induzir gengivite) (Highfield, 2009), ou ser relacionada a factores sistémicos, por interacção de medicamentos ou má-nutrição. (Lindhe, 2005)

A associação com alterações no sistema endócrino ocorre associada à:

Gravidez: resposta exacerbada do hospedeiro, modulada por níveis de hormonas endógenas como androgénio, estrogénio e progesterona. Apresenta sinais de inflamação, não proporcionais à quantidade de placa. É mais marcada no segundo trimestre de gravidez, e cessa após o parto. (Lindhe, 2005).

Resposta exacerbada por elevados níveis de testosterona e estrogénio, apresenta características gengivais inespecíficas, e cessa com a prática de boa higiene oral. (Lidhe, 2005).

Lesões hemorrágicas descritas antes do ciclo menstrual. (Highfield, 2009).

Na subcategoria interacção medicamentosa, fenitoína sódica, ciclosporina A e bloqueadores dos canais de cálcio, podem indicar quadros de hiperplasia gengival, sendo os indivíduos jovens mais susceptíveis, e o crescimento do tecido gengival é mais comum na região anterior da cavidade oral. A presença de placa é um factor de risco. (Majola, 2000)

As deficiências nutricionais que podem levar a quadros de gengivite caracterizadas por hiperplasia gengival, hemorragia, alteração de cor e alteração de consistência, está relacionada a défices de vitamina C, vitamina A, vitamina B2 e do complexo B12. (Mariotti, 1999).

Gengivite não induzida por placa, incluem uma extensa gama de condições que afectam o periodonto, sem associação inflamatória gengival devido a placa bacteriana. (Lindhe, 2005).

Bactérias não específicas da placa bacteriana podem sobrepor-se à imunidade inata do hospedeiro, em quadros de imunossupressão.

Patógenos como *Neisseria gonorrhoea*, *Treponema pallidum* e *Streptococcus*, O quadro clínico pode manifestar-se com ulcerações vermelhas, dolorosas e ardentes.

Vírus que podem causar gengivite são: herpesvirus simples tipo 1 e 2, e vírus varicela zoster.

Penetram no corpo humano durante a infância, sendo o que mais causa manifestações orais o herpesvirus simples tipo 1. Ocorre após um período de latência, e pode causar reactivação.

O quadro mais comum é o de gengivoestomatite herpética primária: gengivite com dor intensa, cor avermelhada da gengiva, e ulcerações com exsudado serofibrinoso, com formação de vesículas, com ruptura. Febre e linfadenopatia são comuns. A cura é espontânea, num período de 14 dias. (Scully, 1989).

As infecção fúngica da mucosa oral pode originar diversas doenças, sendo a mais comum provocada por *C.Albicans*, a candidíase. (Lindhe, 2005).

É comensal da cavidade oral, e também um patógeno oportunista. Ocorre normalmente por consequência de imunossupressão do hospedeiro, embora existam outros factores predisponentes como tabaco, salivação reduzida ou uso de corticoides.

Existem diferentes manifestações orais em mucosa:

Pseudomembranosa: placas esbranquiçadas, destacáveis.

Eritmatosa: pode ser descrita em qualquer localização da mucosa oral, caracteriza-se por lesões vermelhas bastante dolorosas.

Tipo placa: placa esbranquiçada não destacável.

Lesões nodulares: não são comuns em tecido gengival. Nódulos brancos ou encarnados. (Holmstrup, 1990).

A Fibromatose gengival hereditária é a mais importante das alterações de origem genética.

Caracteriza-se como um aumento gengival difuso, cobrindo parte, ou a totalidade, da superfície do dente. A remoção de placa não impede o desenvolvimento da lesão. Pode ser uma entidade patológica isolada, ou parte de uma síndrome. O tratamento é a remoção cirúrgica. (Serra, 2006)

Manifestações periodontais de doenças sistémicas, incluem perturbações mucocutâneas e reacções alérgicas.

Reacções mucocutâneas apresentam-se no periodonto como ulcerações ou lesões descamativas. As mais importantes são penfigoide, líquen plano, pênfigo vulgar e eritema multiforme. (Lindhe, 2005).

Reacções alérgicas podem ocorrer com materiais restauradores utilizados na prática clínica diária dos médicos dentistas, como níquel, cromo ou zinco. A alergia é do tipo IV: alergia por contacto, 12 a 24 horas depois do início do contacto com o alergénio.

Manifesta-se na gengiva com lesões avermelhadas ou esbranquiçadas, e o seu diagnóstico normalmente confunde-se com o diagnóstico de manifestação oral do líquen plano. Cessa após remoção do contacto com o material em questão. (Holmstrup, 1999).

A reacção também pode ocorrer devido a produtos de higiene bucal, como pasta de dente ou colutório, mas são raras. São atribuídas a aditivos de sabor (como alcaravia e canela), ou conservantes. A manifestação clínica inclui uma gengivite ardente difusa edematosa avermelhada, por vezes com ulcerações.

Também podem acontecer manifestações gengivais de alergia a certos alimentos, embora o diagnóstico baseado apenas nas manifestações orais seja difícil de estabelecer. (Holmstrup, 1999).

Lesões traumáticas podem ser físicas, químicas ou térmicas.

Física: Se for limitado (pouca extensão), a resposta gengival é hiperkeratose, resultando em ceratose friccional branca. Pode ocorrer devido a procedimentos inadequados de escovagem. Se a lesão for mais traumática, pode ocorrer retracção gengival (migração apical da margem gengival). Excessiva força na escovagem pode também manifestar-se como retracção gengival. (Lindhe, 2005)

Química: Produtos químicos tóxicos resultam em manifestações na mucosa, como descamação (induzida por clorexidina), queimadura por ácido acetilsalicílico e queimadura por cocaína. São reversíveis e cessam após remoção do agente tóxico.

(Najjar, 1977)

Térmica: Raras, por bebidas muito quentes. Manifesta-se como petéquias ou ulceração. (Lindhe, 2005).

Reacção externa ao organismo pode ocorrer com a entrada de um corpo estranho, por meio de uma ulceração, para o interior do epitélio gengival. A posterior inflamação é denominada como gengivite por corpo estranho.

Apresenta-se como uma lesão crónica, de cor vermelha. Diagnóstico frequentemente confundido com o diagnóstico de líquen plano. (Gordon, 1997)

A Periodontite crónica substituiu o termo Periodontite do adulto. O factor idade-dependente do termo periodontite do adulto levantava questões, devido ao facto de este tipo de patologia não ser exclusivo da idade adulta, também ser encontrada em adolescentes.

No encontro de 1999, termos como “Periodontite tipo II” e “Periodontite – forma comum” foram propostos, mas não aceites. Periodontite Crónica foi o que reuniu mais consenso. (Armitage, 1999).

A definição oficial do Workshop foi: “An infectious disease resulting in inflammation within the supporting structures of teeth, progressive attachment and bone loss. It is characterized by pocket formation and/or gingival recession. It is recognized

as the most frequently occurring form of periodontitis. Its onset may be at any age but is most commonly detected in adults. The prevalence and severity of the disease increases with age. It may affect a variable number of teeth and has variable rates of progression.” (Highfield, 2009).

As características gerais da Periodontite crónica são:

Inflamação gengival (alteração textura e cor);

Hemorragia à sondagem (na zona com presença de bolsa);

Redução de resistência dos tecidos à sondagem;

Perda de inserção

Dano no osso alveolar

Presença cálculo subgengival

Associada a um variável padrão microbiológico.

Severidade e prevalência aumentam com a idade

Características variáveis, consoante a progressão da doença, incluem:

Recessão/ hiperplasia gengival;

Mobilidade

Exposição da furca

Perda das peças dentárias. (Van der velden, 2017).

Quanto à progressão da doença, caracteriza-se como progressão lenta, embora alguns doentes possam presenciar breves períodos de progressão rápida. A taxa de progressão não deve, portanto, ser usada como factor de exclusão para o diagnóstico da periodontite crónica. (Armitage, 1999).

Pode ser classificada de acordo com a sua extensão e severidade.

Extensão:

Nível baixo: 1 a 10 sitios

Nível médio: 11 a 20 sitios

Nível alto: mais de 20 sitios afectados.

Severidade:

Leve: Perda de inserção clínica de 1-2mm

Moderada: Perda de inserção clínica de 3-4mm

Grave: Perda de inserção clínica de 5mm ou mais. (Babay, 2019).

Factor de risco é um aspecto de hábitos de vida, de exposição ambiental, ou uma característica intrínseca de um doente que, envasado na evidência epidemiológica, pode definir o doente como sendo mais predisposto a desenvolver certa patologia. (Lindhe, 2005).

Os factores de risco para a Periodontite crónica são:

Tabagismo

Idade

Factores de risco bacterianos

Resposta do hospedeiro

Doença sistémica

Genética. (Bergstrom, 2003)

A idade como factor de risco: Prevalência de Periodontite crónica expressa em percentagem de doentes com perda de inserção clínica (CAL), para diferentes faixas etárias:

Idade(anos)	CAL 3-4mm	CAL 5 ou mais
18-35	9-35	0.3-6
36-55	18-70	12-27
55...	44-81	35-51

Tabela 9 (Flemmig, 1999)

A Periodontite Crónica pode ser dividida em:

Localizada: Menos de 30% dos sítios são afectados

Generalizada: Mais de 30% dos sítios são afectados

O termo “Periodontite de estabelecimento precoce”, de 1989 e revisto em 1993, era utilizado para definir todos os tipos de doença periodontal destrutiva que afectava doentes jovens (Periodontite pré-pubertária, periodontite juvenil e periodontite de progressão rápida).

Tinha como características uma taxa de progressão rápida, relação com uma microflora específica, idade inferior a 35 anos e deficiente resposta imunitária do doente. (Soares, 2006).

O termo “estabelecimento precoce” devia supor um conhecimento e acompanhamento de quando foi diagnosticada a doença, mas na prática clínica seria algo que raramente acontecia.

Alem de que o termo era auto-limitante, pois um paciente que apresentasse as características clínicas correspondentes, mas já fosse considerado adulto, não poderia ser considerado para o tipo da doença, algo que limitava os dentistas para um correcto diagnóstico. (Armitage, 1999).

Devido a estas limitações, os participantes do workshop decidiram descartar classificações dependentes da idade, e todas as formas destrutivas da antiga categoria de “Periodontite de estabelecimento precoce”, foram renomadas em Periodontite agressiva. (Armitage, 1999).

Periodontite Agressiva engloba um grupo de formas de periodontite de progressão rápida, normalmente graves, raras tendências de se desenvolver dentro da mesma família e em idade precoce. (Lindhe, 2005).

As características clínicas gerais:

Rápida destruição óssea com perda de inserção

Concentração familiar de casos.

Pode aparentar boa higiene oral

Características secundárias

Pouca quantidade de depósitos bacterianos, embora na existência de grande destruição periodontal

Fenótipo de macrófagos “hyper responsive”

. Presença das bactérias *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* e *Porphyromonas gingivalis*. (Teughels, 2014)

Causa rápida destruição vertical de osso alveolar, com bolsas infra ósseas com mais de 4mm de profundidade, podendo causar mobilidade e consequente perda de peças dentárias. (Lindhe, 2005)

Observa-se numa fase inicial uma fina camada de placa bacteriana sobre os dentes, raramente suficiente para a formação de cálculo.

Observa-se migração dos primeiros molares, e migração disto-vestibular dos incisivos superiores, com surgimento de diastema.

Observa-se posteriormente aparente aumento de coroa clínica, recessão gengival, levando ao acúmulo de placa e cálculos, levando a sinais de inflamação. Pode também ocorrer exposição de superfícies radiculares, originando quadros de alta sensibilidade, e consequente dor, assim como dor á mastigação.

Radiograficamente, observa-se uma perda de osso alveolar, principalmente na zona dos primeiros molares e incisivos, simétrica e bilateral. (Hepp, 2007)

Aspectos ambientais:

Tabaco: forte relação entre hábitos tabágicos e desenvolvimento de periodontite agressiva. Fumadores têm quatro vezes mais hipóteses de desenvolver a doença.

A relação entre hábitos tabágicos e sucesso da terapia periodontal também é altamente negativa. (Teughels, 2014).

Aspectos microbiológicos:

Porphyromonas gingivalis, *Actinobacillus actinomycetemcomitans* (A.a.) e *Prevotella intermédia* comuns em doentes com Periodontite agressiva.

A.a. é um bastonete Gram negativo, facultativo anaeróbio. Das propriedades de potencial patogénico, estão a produção de leucotoxina, pois exhibe especificidade citotóxica e destrói leucócitos polimorfonucleares e macrófagos humanos. Também possui propriedades imunossupressoras.

Aspectos imunológicos:

Muitos doentes, embora sem manifestações sistémicas, apresentam disfunção de neutrófilos, pois há uma forte relação genética na quimiotaxia destes.

Estudos demonstram que pacientes com Periodontite agressiva demonstram défice em leucócitos polimorfonucleares (PMNs), monócitos ou ambos. Estes possuem capacidade para fagocitose dos microrganismos potencialmente patogénicos, logo estes defeitos prejudicam a sua capacidade de resposta. (Spanemberg, 2008).

A Periodontite Agressiva pode ser:

Localizada:

Aparecimento na adolescência

Localizada no primeiro molar/incisivo, com perda de inserção interproximal em pelo menos dois dentes, sendo um deles sempre o primeiro molar. Não pode envolver mais do que dois dentes que não sejam o incisivo nem o molar;

Resposta marcada do anticorpo sérico

Generalizada:

Afecta menores de 30 anos, mas não necessariamente;

Perda de inserção disseminada, interproximal, afectando pelo menos três dentes que não os primeiros molares e incisivos;

Marcada destruição do osso alveolar;

Resposta do anticorpo sérico não é suficiente. (Hepp, 2007)

A prevalência da doença parece variar em diferentes grupos étnicos. Reportada entre 0,1% e 0,2% em populações Europeias caucasianas, e 10% em populações afro-americanas, definindo assim uma natureza étnica própria da doença. (Oettinger-Barak, 2014)

Periodontite como manifestação de doenças sistémicas, substituiu o termo “Periodontites associadas a doenças sistémicas”, pois é clara a destruição periodontal como manifestação, daí a alteração na denominação.

Diabetes Mellitus não foi incluída nesta categoria, visto que os pesquisadores não possuíam suficiente evidência científica em como a periodontite associada à Diabetes Mellitus fosse uma entidade separada e diferente das demais.

Similarmente, esta classificação não contém uma categoria de doença separada para doença gengival modulada por hábitos tabágicos. (Armitage, 1999).

Vários factores sistémicos foram relatados como possíveis causadores de enfermidade no periodonto. Etiologicamente, estes factores podem estar presentes em doentes que apresentem destruição periodontal, ou sinais de inflamação periodontal, em que não exista proporcionalidade dos danos, em relação à quantidade de irritantes/factores locais. (Castro, 2002).

Associada a perturbações hematológicas, temos a associação à neutropenia adquirida e à leucemia. Esta categoria inclui indivíduos que possuem, qualitativamente ou quantitativamente, deficiências em leucócitos polimorfonucleares (PMN), e que clinicamente apresentam sinais de destruição periodontal, em vários dentes diferentes. (Okada, 2002)

Na categoria de associação a alterações genéticas, temos uma lista extensa de patologias, com diferentes prevalências, mas todas consideradas raras.

Um desenvolvimento mais rápido e agressivo da doença pode estar relacionado a alterações do sistema imunitário e endócrino, resultantes destas diferentes doenças, associações e síndromes genéticas. (Fernandez, 2004).

As doenças têm as seguintes manifestações clínicas de doença periodontal:

Síndrome de Ehler-Danlos:

Tipo IV manifesta-se com inflamação gengival;

Tipo VIII manifesta-se como prematura perda de dentes, fragilidade da mucosa alveolar e hemorragia

Síndrome de Chediak-Higiashi: Doença periodontal manifesta-se em idade jovem, com possível esfoliação de dentes permanentes, e inflamação gengival;

Síndrome de Down: Associada a periodontite agressiva ou periodontite crónica, e subsequente reabsorção óssea e perda de dentes (o controlo de uma boa higiene nestes dentes é muito difícil, devido ao atraso mental).

Síndrome de Papillon-Lefèvre: Caracteriza-se por agressiva inflamação do periodonto, com precoce esfoliação dentária.

Síndrome de deficiência de adesão de leucócitos: Doença periodontal manifestada em idade precoce, com agressiva inflamação dos tecidos, agressiva destruição periodontal, edema, presença de bolsas e mobilidade, podendo levar a esfoliação dentária.

(Grollmus, 2007).

A categoria de “não especificado”, foi criada para poder englobar doenças que, em futuros estudos, pudessem mostrar evidência de se relacionar a doença periodontal. (Higfield, 2009).

Na categoria das doenças periodontais necrosantes, definiu-se que se tratava de entidades clinicamente diferentes, mas sem certezas sobre se tratar de facto da mesma doença, ou de duas doenças distintas.

Sem evidência suficiente, decidiu-se dividir em 2 subgrupos, mas dentro da mesma categoria de doença, embora observação clínica possa sugerir tratar-se da mesma patologia, em estádios diferentes de progressão de infecção. (Armitage, 1999)

Esta categoria de doença define-se como formas de doença periodontal inflamatória grave, com tendência de agudização, debilitantes e de rápida destruição periodontal, resultando em perda de inserção periodontal.

A distinção entre os subgrupos não era clara, mas referia-se a gengivite ulcerativa necrosante quando as lesões se limitavam ao tecido gengival, sem qualquer perda de inserção periodontal.

Quando as lesões causam perda de inserção periodontal, assim como lesões no ligamento periodontal e osso alveolar, para além da gengiva, define-se como Periodontite ulcerativa necrosante. (Novak, 1999).

A evolução da doença dá-se com a formação de pseudomembranas: ulcerações da papila e margem gengival, cobertas por uma camada de tecido necrótico. Evoluem para crateras interproximais: lesões que apresentam extensa necrose gengival, com coincidente perda de osso alveolar, logo raramente associada a formação de bolsas com profundidade acentuada.

A papila é separada em uma porção vestibular e outra lingual, dando lugar à formação de crateras. Dá-se a formação de uma área necrótica continua.

Com a evolução da doença, dá-se a formação de sequestro: o osso necrótico perde adesão.

Quando o quadro evolui para além da junção mucogengival, pode resultar em exposição óssea extensa (normalmente este quadro de evolução tão avançada está presente em doentes com quadro de imunossupressão). Esta etapa da doença pode colocar em risco a vida do doente.

Pode ser uma manifestação sistémica de alguma patologia, como o HIV. (SanGiacomo, 1990).

Abcessos do periodonto, foi uma nova categoria adicionada à classificação de 1999.

A inclusão desta categoria justifica-se pelo facto de um abscesso possuir diagnóstico específico e tratamento diferenciado em relação a outras enfermidades periodontais. (Armitage, 1999)

Os abscessos odontogénicos dizem respeito a processos inflamatórios, originários no dente ou no periodonto. Incluem sintomas como dor, tumefação e inflamação purulenta.

A sua classificação vai depender da sua localização:

Abcesso gengival: em localizações previamente saudáveis, causadas por impactação de alguma espécie de corpo estranho;

Abcesso periodontal: relacionado com a bolsa periodontal, pode ser crónico ou agudo;

Abcesso pericoronar: relacionado a dentes ainda em processo de erupção.

(Meng, 1999)

Pode acontecer exacerbação da lesão, levando a perda do dente e/ou disseminação da infecção, podendo originar sérios problemas de saúde, como comprometimento dos pulmões e problemas do foro neurológico, devido a abscesso cerebral. (Lindhe, 2005).

Periodontite associada a lesões endodônticas, também foi uma nova adição em relação à classificação de 1989.

Refere-se a uma lesão “combinada”, visto a polpa dentária e o periodonto serem anatomicamente interligados, através dos forames apicais e canais, sendo por isso uma via de acesso para troca de agentes lesivos entre estes.

Pode ocorrer dúvida em relação ao diagnóstico, entre lesão endodôntica ou lesão periodontal, logo o diagnóstico diferencial é essencial, tendo em atenção que a lesão endodôntica induz resposta no sentido apical, enquanto que a lesão periodontal induz

resposta no tecido periodontal marginal, embora os sintomas clínicos possam ser confusos.

Uma “lesão endodôntica periodontal verdadeira” é definida como um mesmo dente ser afectado tanto por doença periodontal como doença endodôntica simultaneamente, ou pode ser resultado de dois processos separados (um periodontal e outro endodôntico), que se desenvolveram independentemente um do outro.

(Rotstein, 2006)

Deformações ou condições desenvolvidas ou adquiridas, são condições, extrínsecas ou não, que podem influenciar quadros de desenvolvimento de doença periodontal.

Factores locais podem levar a retenção de placa bacteriana, que podem levar a desenvolver doença periodontal.

Podem ser à volta do dente, ou relacionadas com a zona mucogengival. As deformações também podem estar localizadas em zonas edêntulas. (Dias, 2006)

Podem também estar associadas a trauma oclusal.

Trauma oclusal define-se como alterações patológicas ou mudanças adaptativas do periodonto, que ocorrem em consequência de força oclusal excessiva.

Causa danos aos tecidos periodontais, articulação temporomandibular (ATM), polpa dentária e músculos mastigatórios.

Pode ser classificado em:

Trauma oclusal primário: dano que compromete todas as localizações à volta de um dente, em que o periodonto tenha uma altura normal;

Trauma oclusal secundário: dano que compromete todas as localizações à volta de um dente, em que o periodonto tenha uma altura considerada comprometida (reduzida).

A distinção não têm propósito significativo, visto que as alterações no periodonto, resultantes dos trauma, são similares.

Ocorrem em quadros de bruxismo, hábitos parafuncionais e perda de dentes, que causem separação gradual dos dentes antero superiores. (Hallmon, 1999).

Na actualização de 1999, o termo Periodontite refractária foi descontinuado, como um tipo de periodontite.

A falta de resposta do organismo do paciente ao tratamento, é influenciada por diversos factores, todos com a devida importância, como falta de higiene oral, hábitos tabágicos, aderência do paciente ao tratamento, terapia com antibiótico utilizada, tipo de tratamento (cirúrgico ou não cirúrgico), e a extensão da patologia e consequente perda de tecidos, antes do início do tratamento.

Todos estes factores influenciam o tratamento, logo chegou-se ao consenso de eliminar a Periodontite refractária como um tipo de periodontite.

O termo periodontite refractária continuou a ser usado para se referir a um paciente em que a doença voltou a estar presente, tendo em conta os parâmetros clínicos. Qualquer paciente a quem tenha sido diagnosticado um quadro de periodontite pode-se enquadrar num quadro de periodontite refractária, se uma correcta higiene oral não for mantida após o tratamento. Outro factor é o de o paciente não responder e não comparecer a consultas de suporte e consultas periódicas com o Médico Dentista. (Wiebe,2000)

Esta classificação continha aspectos positivos, mas também tinha as suas limitações:

Adição da categorização das doenças gengivais, que não existia na classificação de 1989.

A presença de placa bacteriana poderia facilitar o diagnóstico e tratamento, com uma boa higiene oral, caso se tratasse de gengivite apenas causada por placa, com ou sem a presença de factores locais.

Uma característica relevante da classificação da gengivite induzida por placa, é o subgrupo que relaciona a doença a factores sistémicos, e como estes podem influenciar o quadro de gengivite.

Nas não influenciadas por placa, era relevante a importância microbiana, como a evidência à época sugeria, facilitando o diagnóstico e consequente tratamento.

A categoria de “Não especificado anteriormente” deixava espaço para outras formas de gengivite pudessem ser adicionadas a esta categoria no futuro, de acordo com estudos científicos.

Termo periodontite do adulto foi descontinuado, pois as características da doença não eram exclusivas de pessoas adultas, limitando assim o diagnóstico e a inclusão de pacientes nessa categoria da doença.

O anterior termo “Periodontite de estabelecimento precoce”, era demasiado restritivo em relação à idade, podendo englobar indivíduos até aos 35 anos, sendo que indivíduos com essa idade nem “jovens adultos” o são.

A periodontite com características de evolução rápida e elevado comprometimento periodontal também podia afectar pessoas mais velhas.

Ficou, portanto, decidido eliminar classificações dependentes da idade, sendo a respeitante a início precoce substituída por Periodontite agressiva. Embora fosse uma condição considerada rara, por não se tratar de um grupo de indivíduos homogéneo.

A Periodontite englobava assim um conjunto de características clínicas bem caracterizadas, facilitando o diagnóstico e tratamento.

A eliminação da classificação de periodontite refractária era necessária, pois o facto do doente não responder à terapêutica e ao tratamento, não constitui uma categoria da doença por si só, e poderia confundir-se com outros tipos da doença.

Muitos factores podem interferir com o tratamento, como resposta do hospedeiro, tipo de terapia aplicada, adesão do doente ao tratamento, ou hábitos tabágicos, mas são factores que não caracterizam um tipo de periodontite por si só.

A categoria de Periodontite como manifestação de doença sistémica manteve-se, embora a classificação anterior tivesse um nome diferente, embora esta não tivesse qualquer descrição das doenças e síndromes potencialmente envolvidas, sendo que estas podem apresentar diferentes características clínicas.

Adição da categoria “Abscessos Periodontais”, pois não eram mencionados anteriormente, e são quadros clínicos que podem provocar dor aguda no paciente, sendo uma boa parte de consultas de urgência em clínica.

Adição da categoria de relação de doenças endodônticas com lesões periodontais, pois anteriormente não eram mencionadas, sendo o seu diagnóstico possivelmente difícil, pois ambas podem afectar o mesmo dente simultaneamente.

A classificação das doenças periodontais de 1999 veio superar as claras limitações da classificação de 1989, trazendo subgrupos da doença mais específicos, sem os quais anteriormente tornava difícil o diagnóstico de certo tipo de doentes, não os conseguindo englobar em nenhuma classificação.

Desvalorização da taxa de progressão da doença e da idade do paciente, por se tratarem de critérios imprecisos, vagos e incertos.

Apesar de extenso, baseia-se em critérios simples e de possível modificação.

Foi utilizada em todo o mundo por quase 20 anos, até aparecer a nova (e actual) classificação das doenças periodontais, mostrando a larga aceitação pela parte da comunidade científica.

Porém...

Tornava o seu uso diário em prática clínica difícil, devido ao elevado numero de categorias específicas.

Inexistência de uma categoria que englobe características de saúde periodontal, isto é, ausência de doença periodontal.

Não contempla nenhuma categoria para classificar doentes com doença periodontal controlada, isto é, que não tenham a doença activa: sem presença de bolsas profundas, sem hemorragia à sondagem e sem mobilidade (ou com mobilidade pouco relevante).

Uma classificação para doentes com estas características seria importante, pois iria permitir um melhor acompanhamento da doença (que continua sendo necessário, mesmo esta encontrando-se inactiva), e também para motivar o doente a manter a condição favorável.

O termo “Periodontite crónica” poderia induzir a ideia de ser uma doença sem tratamento nem reversibilidade possível, o que não é verdadeiro.

Periodontite agressiva era um termo demasiado impreciso, não incidindo em factores importantes para a doença, como idade ou grupo étnico.

Não existir qualquer parâmetro para perda de um dente, pois esta reflecte a severidade da doença, no entanto, não existe qualquer menção deste para nenhum dos tipos de periodontite mencionados nesta classificação.

As doenças periodontais necrosantes foram colocadas na mesma categoria, não existindo evidência de que se tratasse ou não da mesma doença, poderia dificultar o seu diagnóstico.

Omissão das estomatites necrosantes, dentro das doenças periodontais necrosantes.

Problemas de estética (devido a recessão gengival), pigmentação da gengiva, e hipersensibilidade, não estavam contempladas nesta classificação.

A não inclusão da Diabetes Mellitus no grupo das doenças sistémicas.

A classificação despreza a importância do tabagismo na classificação, por se tratar de um factor etiológico tão importante, sendo também um importante factor limitante de qualquer tratamento ou terapia periodontal.

Não inclusão do HIV como patologia sistémica, além desta estar relacionada a formas necrosantes de doença periodontal.

As maiores desvantagens desta classificação centram-se na coincidência de várias categorias de diagnóstico, na omissão de factores e doenças importantes na génese da doença periodontal, assim como a sua grande e complexa extensão, e à falta de uma categoria para características de inactividade da doença.

A nova classificação das doenças periodontais

Em 2017 deu-se o encontro “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”, que ocorreu nos Estados Unidos da América, com o objectivo de definir uma nova classificação para as doenças periodontais, substituindo a anterior. Teve a participação da AAP e da Federação Europeia de Periodontologia (FEP), e estiveram presentes mais de 100 especialistas internacionais.

(Parikh, 2020).

O ênfase foi o de criar uma classificação clara nos critérios de definição de casos e definição de diagnóstico, para servir os médicos dentistas na sua prática clínica, corrigindo as limitações da anterior classificação, à luz do aparecimento de nova evidência científica e da evolução da ciência. (Jepsen, 2020).

Foi desenvolvida com o objectivo de ter um carácter aberto, de ser passível de alterações no futuro, se necessário, sem que seja imperativo alterar toda a classificação. Também têm o objectivo de ser acessível para estudos de âmbito académico e de âmbito epidemiológico.

(Babay, 2019).

Adoptou-se um sistema com o objectivo de capturar e distinguir a extensão e a severidade da doença periodontal, de um lado, e do outro ter em conta a susceptibilidade do paciente para o desenvolvimento de doença periodontal, tendo em conta as suas características e história clínica.

O sistema tinha também de acomodar as características clínicas do doente: profundidade à sondagem, e hemorragia á sondagem. (Dietrich, 2019).

Existia a necessidade de categorizar as doenças peri-implantares, e os especialistas do encontro decidiram responder a essa necessidade da comunidade médica, adicionando uma categoria exclusiva para os tipos de patologias peri-implantares.

A classificação fica, portanto, dividida em 2 agrupamentos: condições/doenças periodontais e condições/doenças peri-implantares. (Berglundh, 2018)

Estão seguidamente descritas:

Classificação doenças periodontais 2017

Grupo 1: Saúde periodontal, doenças e condições gengivais

Saúde periodontal e gengival

- a. Saúde gengival num periodonto intacto
- b. Saúde gengival num periodonto reduzido
 - i. Periodontite estável
 - ii. Paciente não periodontal

Gengivite induzida por placa bacteriana

- a. Associado a placa
 - i. Gengivite em periodonto integro
 - ii. Gengivite em periodonto reduzido
 - iii. Gengivite em periodonto reduzido tratado periodontalmente
- b. Mediado por fatores sistémicos ou locais
 - i. Factores sistémicos
 - (a) Tabagismo
 - (b) Hiperglicemia
 - (c) Fatores nutricionais
 - (d) Agentes farmacológicos (prescritos, não prescritos e recreacionais)
 - (e) Hormonas esteroides sexuais (puberdade, ciclo menstrual, gravidez e contraceptivos orais)
 - (f) Condições hematológicas
 - ii. Factores locais
 - (a) Factores retentores de placa
 - (b) Secura bucal
- c. Influenciado por medicamentos

Gengivite não induzida por placa bacteriana

- a. Perturbações genéticas
 - i. Fibromatose gengival hereditária

b. Infecções específicas

i. De origem bacteriana

- (a) *Neisseria gonorrhoeae*
- (b) *Treponema pallidum*
- (c) *Mycobacterium tuberculosis*
- (d) Gengivite estreptocócica

ii. De origem viral

- (a) Vírus Coxsackie (doença mão-pé-boca)
- (b) Herpes simples I e II (primário ou recorrente)
- (c) *Varicella zoster* (catapora e sarampo – nervo V)
- (d) *Molluscum contagiosum*
- (e) Papilomavírus Humano (papiloma escamoso celular, condiloma acuminatum, verruga vulgar e hiperplasia epitelial vulgar)

iii. De origem fúngica

- (a) Candidose
- (b) Outras micoses (histoplasmose e aspergilose)

c. Condições inflamatórias e imunes

i. Reacções de hipersensibilidade

- (a) Alergia de contato
- (b) Gengivite plasmocitária
- (c) Eritema multiforme

ii. Doenças autoimunes da pele e das membranas mucosas

- (a) Pênfigo vulgar
- (b) Penfigoide
- (c) Líquen plano
- (d) Lúpus eritematoso (sistêmico e discoide)

iii. Lesões inflamatórias granulomatosas (granulomatoses orofaciais)

- (a) Doença de Crohn
- (b) Sarcoidose

d. Processos reaccionais

i. Epulides

- (a) Epúlide fibrosa
- (b) Granuloma fibroblástico calcificante
- (c) Epúlide vascular (granuloma piogênico)
- (d) Granuloma periférico de células gigantes
- e. Neoplasias
 - i. Pré-malignas
 - (a) Leucoplasia
 - (b) Eritroplasia
 - ii. Malignas
 - (a) Carcinoma escamoso celular
 - (b) Infiltrado celular leucêmico
 - (c) Linfoma (Hodgkin e não Hodgkin)
- f. Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
 - i. Deficiência de vitaminas
 - (a) Deficiência de vitamina C (escorbuto)
- g. Lesões traumáticas
 - i. Trauma mecânico/físico
 - (a) Ceratose friccional
 - (b) Ulceração gengival induzida mecanicamente
 - (c) Lesões factícias (automutilação)
 - ii. Queimaduras químicas (tóxicas)
 - iii. Danos térmicos
 - (a) Queimaduras na gengiva
- h. Pigmentação Gengival
 - i. Melanoplasia
 - ii. Melanose do tabagista
 - iii. Pigmentação induzida por medicamentos (antimalários e minociclina)
 - iiii. Tatuagem de amálgama

Grupo 2: Periodontite

Doenças periodontais necrosantes

a. Doenças periodontais necrosantes em pacientes comprometidos crônica e gravemente

- i. Em adultos
- ii. Em crianças

(Nestes podem ser observados: Gengivite necrosante, Periodontite necrosante, Estomatite necrosante, noma).

b. Doenças periodontais necrosantes em pacientes comprometidos temporária e/ou moderadamente

- i. Em pacientes com gengivite
- ii. Em pacientes com periodontite

(Nestes podem ser observados: Gengivite necrosante e Periodontite necrosante).

Periodontite

(Classificada de acordo com o estágio e grau)

a. Estádio

i. Estádio I:

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

. Característica secundária: profundidade de sondagem de até 4 mm, sem perda dental devido à periodontite e padrão de perda óssea horizontal.

ii. Estádio II

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

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

iii. Estádio III

. Característica primária: 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.

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

iii. Estádio IV

. Característica primária: 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

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

b. Grau

i. Grau A

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

. Característica secundária: pacientes com grande acúmulo de placa, mas pouca destruição periodontal.

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

ii. Grau B

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

. Características secundárias: destruição compatível com depósitos de placa.

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

iii. Grau C

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

. Características secundárias: a destruição excede ao esperado para a quantidade de placa. Padrões clínicos específicos sugerem períodos de rápida progressão e/ou acometimento precoce da doença.

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

Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas

a. Perturbações sistêmicas

i. Perturbações genéticas

(a). Doenças associadas a perturbações imunológicas: Síndrome de Down, Síndrome da deficiência da adesão leucocitária, Síndrome de Papillon-Lefèvre, Síndrome de Haim-Munk, Síndrome de Chediak-Higashi, Neutropenia severa (neutropenia congênita -

Síndrome de Kostmann e neutropenia cíclica), doenças de imunodeficiência primária (doença granulomatosa crônica, síndromes de hiperimunoglobulina E) e Síndrome de Cohen

(b). Doenças que afectam as mucosas orais e tecidos gengivais: Epidermólise bolhosa (distrófica e Síndrome de Kindler) e deficiência de plasminogênio.

(c). Doenças que afectam o tecido conjuntivo: Síndromes de Ehlers-Danlos (tipos IV e VIII), angioedema (deficiência de inibidor de C1) e lúpus eritematoso sistêmico

(d). Perturbações endócrinas e metabólicas: Doença do armazenamento de glicogênio, doença de Gaucher, hipofosfatasia, raquitismo hipofosfatêmico, Síndrome de Hajdu-Cheney.

(e). Doenças de imunossupressão: HIV e neutropenia adquirida

(f). Doenças inflamatórias: Epidermólise bolhosa adquirida e doença inflamatória do intestino

b. Outras perturbações sistêmicas

i. Diabetes mellitus, obesidade, osteoporose, artrite, stress, depressão, tabagismo.

Grupo 3: Outras condições que afectam o periodonto

Manifestações de doenças sistêmicas

a. Neoplasias

b. Outras perturbações que podem afectar os tecidos: Granulomatose com poliangite, histiocitose de células de Langerhans, granulomas de células gigantes, hiperparatireoidismo, esclerose sistêmica (escleroderma), Síndrome de Gorham-Stout.

Abcessos e lesões endo-periodontais

a. Abscesso periodontal

i. Em paciente com periodontite:

(a) Exacerbação aguda

(b) Após o tratamento

ii. Em pacientes sem patologia periodontal

b. Lesão endo periodontal

i. Lesão com dano radicular

ii. Lesão em paciente com periodontite

iii. Lesão em paciente sem periodontite

Condições e deformidades mucogengivais

- a. Presença de recessões gengivais
- b. Ausência de recessões gengivais

Forças oclusais traumáticas

- a. Trauma oclusal primário
- b. Trauma oclusal secundário
- c. Forças de origem ortodôntica

Factores relacionados aos dentes e às próteses

- a. Factores relacionados aos dentes, que influenciam surgimento de doença gengival
- b. Factores relacionados a próteses

(Steffens, 2018)

Condições e doenças peri-implantares

- a. Saúde Peri-implantar
- b. Mucosite peri-implantar
- c. Peri-implantite
- d. Deficiências em tecidos peri-implantares
 - i. Dimensão reduzida do processo alveolar
 - ii. Recessão da mucosa
 - iii. Deficiência de mucosa queratinizada
 - iii. Tecido ósseo

(Dietrich, 2018)

Saúde periodontal: é definida como a ausência de sinais de inflamação no tecido periodontal, que permita ao indivíduo ter uma função normal, e não sofrer consequências (físicas ou psicológicas) de presente ou anterior doença.

Factores importantes são também a resposta do hospedeiro, depósitos microbiológicos e relação com o ambiente.

É também definido histologicamente.

Esta categoria representa uma novidade, pois não fazia parte das anteriores classificações das doenças periodontais, que apenas englobavam categorias para estados de doença.

Esta categoria pode englobar doentes que tenham sofrido de doença periodontal no passado, gengivite, periodontite, ou outros tipos de doença, mas que no momento a tenham como controlada, existindo sempre o risco de recidiva.

Doentes com passado de periodontite têm maior risco de voltar a desenvolver a doença que pacientes que tenham sofrido gengivite. (Holzhausen, 2019).

É dividida em:

Saúde periodontal com periodonto intacto: é definido como saúde clínica, sem qualquer perda de inserção. Ausência de sinais de hemorragia à sondagem, de edema, e de quaisquer outros sintomas.

Osso alveolar entre 1mm a 3mm da junção amelo-cementária.

Saúde periodontal com periodonto reduzido: é definido como inexistência de hemorragia à sondagem, eritema, edema e sintomas, com a presença de níveis ósseos reduzidos.

O paciente pode ter sofrido Periodontite, mas têm a mesma clinicamente estável e controlada: profundidade de sondagem de até 4mm, nunca ultrapassando este valor em nenhuma localização.

O paciente pode também nunca ter sofrido de periodontite, e a redução óssea dever-se a outras razões, como procedimento para aumento de coroa clínica, ou recessão gengival.

Profundidade de sondagem de até 3mm. (Chapple, 2017).

A transição de um estado de doença periodontal para um quadro de gengivite, é eficaz e responde ao tratamento. A transição para um quadro de periodontite, inclui perda de inserção e perda óssea, sendo irreversível. Com um correcto tratamento, um quadro de periodontite pode regredir para um quadro de saúde gengival com periodonto reduzido. Estes pacientes possuem elevado risco para recorrência da doença, e exigem acompanhamento clínico. (Chapple, 2017).

A gengivite é definida como ausência de perda de inserção, presença de inflamação, presença de edema e de rubor. Tal como na classificação anterior, continua sendo dividida em gengivite induzida por placa e não induzida por placa.

Associada a placa divide-se em:

Gengivite em periodonto íntegro: caracteriza-se por apresentar localizações com profundidade à sondagem menor ou igual a 3 mm, 10% ou mais de localizações apresentando hemorragia à sondagem, ausência de perda de inserção, e ausência de perda óssea radiográfica.

Gengivite em periodonto reduzido: os pacientes apresentam localizações com profundidade de à sondagem de até 3 mm, 10% ou mais das localizações com hemorragia à sondagem, perda de inserção e possível perda óssea radiográfica.

Gengivite em periodonto reduzido tratado periodontalmente: o paciente tem história de tratamento de periodontite, portanto apresenta perda de inserção, localizações com bolsa periodontal de até 3 mm, 10% ou mais das localizações com hemorragia à sondagem e perda óssea radiográfica. (Steffens, 2018).

As localizações que apresentem sinais inflamatórios, devem ser classificados como “com inflamação gengival”, e descartar o uso do termo “gengivite”, pois este refere-se ao diagnóstico do doente, não de uma localização específica.

Têm caracter reversível, com a remoção do factor etiológico (placa bacteriana). (Babay, 2019).

Pode ser mediada por factores de risco, sistémicos ou locais:

Sistémicos: tabagismo, hiperglicemia, medicamentos, hormonas, condições hematológicas, ingestão baixa de micronutrientes antioxidantes (ex: vitamina C).

Estas condições, na presença de biofilme, irão mediar uma condição propensa para desenvolvimento de doença gengival.

Locais: factores que sejam propensos a retenção de placa (como restaurações debordantes), e xerostomia.

Estas condições, por si, são propensas para acumulação de placa bacteriana. (Jepsen, 2020).

Aumento gengival(hiperplasia) pode ser uma reacção adversa a algum medicamento, e poderá levar ao acúmulo de placa, originando doença gengival.

Medicamentos que podem causar esta reacção são ciclosporina, nifedipina e fenitoína. (Pacheco, 2019).

Gengivites não induzidas a placa, menos comuns que as doenças gengivais induzidas por placa. Normalmente são manifestações de condições sistémicas, mas em que a doença se manifesta limitada aos tecidos gengivais.

A categoria de perturbações genéticas e de desenvolvimento, inclui somente a Fibromatose gengival hereditária. É uma condição rara, que causa hiperplasia gengival. Pode manifestar-se de forma isolada ou como parte de uma síndrome. (Hulmstrup, 2017)

Pode também estar envolvida com processos infecciosos específicos: Infecções bacterianas, infecções virais e infecções fúngicas. A terapêutica para realizar o tratamento vai depender do tipo de infecção.

Esta categoria não sofreu muitas alterações em relação á classificação de 1999.

(Holzhausen,2019).

Algumas alterações respeitantes às restantes categorias das gengivites não induzidas por placa:

O termo perturbações mucocutâneas foi substituído por doença auto-imune da pele e das membranas mucosas;

Lesões granulomatosas, reacções de hipersensibilidade e processo reactivo com presença de epúlides foram categorias adicionadas;

Categoria para pigmentação gengival foi adicionada.

As gengivites não induzidas por placa foram classificadas com base na sua etiologia, visto que doenças com manifestações orais e sistémicas estão muito relacionadas. (Parikh, 2020).

A periodontite sofreu profundas alterações, em função da nova classificação das doenças periodontais.

Desde a classificação de 1999, houve grandes evoluções sobre a epidemiologia, patogenia e histologia, além da evolução de conhecimentos clínicos. A evolução da ciência levou ao consenso da necessidade de uma nova classificação da periodontite.

Os termos “Periodontite crónica” e “Periodontite agressiva” foram descontinuados, sendo que agora existe apenas o termo “Periodontite” para englobar características que ambas possuíam.

Periodontite necrosante e Periodontite como manifestação de doenças sistémicas são as outras 2 categorias para o grupo que engloba a Periodontite. (Jepsen, 2020).

Na classificação de 1999, não eram considerados os diferentes riscos de doença periodontal necrosante, em doentes com diferentes factores predisponente entre si.

Doença Periodontal necrosante é definida como presença de ulcerações nas margens gengivais, possível exposição de tecido ósseo, perda de ponta da papila, e manifestação de dor por parte do doente.

Por isso, na nova classificação, as doenças periodontais necrosantes passaram a ser classificadas de acordo com as características do doente e de acordo com a possível presença de factores predisponentes. (Holzhausen,2019).

Doença Periodontal necrosante		Factores predisponentes	Manifestação da doença
Em pacientes cronicamente e severamente comprometidos	Em adultos Em crianças	HIV com carga viral detectável. Imunosupressão Outras infecções virais	Gengivite ulcerativa necrosante Periodontite ulcerativa necrosante Estomatite ulcerativa necrosante NOMA
Em pacientes não crónicos, e moderadamente comprometidos	Na presença de gengivite Na presença de periodontite	Stress, má nutrição, tabagismo Doença necrosante prévia Factores locais	Gengivite ulcerativa necrosante Periodontite ulcerativa necrosante

Tabela 10 (Herrera, 2018).

Notar que podemos estar perante um caso de Gengivite necrosante, Periodontite necrosante, ou estomatite necrosante. Substituíram Gengivite ulcerativa necrosante e periodontite ulcerativa necrosante. (Parikh, 2020).

Na gengivite necrosante temos a presença de um processo inflamatório agudo, com necrose das papilas, hemorragia, presença de pseudobolsas e dor.

Na periodontite necrosante, aos sinais anteriormente citados, adiciona-se a rápida perda óssea.

Na estomatite necrosante, temos a extensão das lesões para além da gengiva, com áreas de osteíte e formação de sequestro. Está relacionada com pacientes gravemente comprometidos sistemicamente, e pode evoluir para NOMA, condição rara que põe o doente em perigo de vida. Esta categoria não estava presente em 1999. (Steffens, 2018).

A Periodontite crónica e agressiva foram termos descontinuados, fazendo agora parte da categoria da Periodontite. As suas imprecisões e dificuldade de aplicação clínica levaram à necessidade de nova classificação, visto que a anterior não tinha em conta a severidade da doença, nem eram claras as distinções em termos de patologia e de microbiologia entre estes. (Papapanou, 2018).

Os termos clínicos de Periodontite são:

Perda de inserção em 2 ou mais localizações não adjacentes, ou

Perda de inserção de 3 mm ou mais por vestibular ou lingual/palatina em pelo menos 2 dentes, sem que seja por causa de:

- 1) recessão gengival de origem traumática;
- 2) cárie que se estenda até a área cervical do dente;
- 3) presença da perda de inserção na face distal de um segundo molar e associado ao mau posicionamento ou à extração de terceiro molar;
- 4) lesão endo-periodontal drenando por meio do periodonto marginal; ou
- 5) ocorrência de fratura radicular vertical. (Steffens, 2020).

A nova classificação avalia a Periodontite segundo Grau e Estádio. O grau representa o possível risco/ taxa de evolução da periodontite, e o estágio representa a severidade e complexidade da Periodontite.

A severidade é determinada pela perda de inserção clínica e perda de dentes, enquanto que a complexidade define a dificuldade em controlar a doença, e a sua reabilitação. (Dietrich, 2018)

Os estádios são definidos em razão de uma característica determinante, que será a perda de inserção, ou a perda óssea radiográfica, se não for possível a aplicação da primeira.

Existem factores de complexidade para o estágio, como mobilidade dentária grau 2 ou 3, e lesão de furca. A diferença entre grau III ou IV dá-se pela presença de pelo menos um destes factores.

Factores modificadores incluem profundidade de sondagem, perdas dentárias e defeitos ósseos, e o estágio é elevado na presença destes.

Um paciente nunca desce de estágio, mesmo com desfecho positivo depois do tratamento periodontal.

Estádio	Características determinantes	Características secundárias	Factores modificantes
I	1-2mm(perda de inserção clínica) < 15% (perda óssea radiográfica)	Profundidade de sondagem \leq 4mm Sem perda dentária por doença periodontal	-
II	3-4mm(perda de inserção clínica) 15%-33%(perda óssea radiográfica)	-	Profundidade de sondagem \leq 5mm Sem perda dentária por doença periodontal
III	\geq 5mm(perda de inserção na pior localização) Para além do terço médio(perda óssea radiográfica)	-	Profundidade de sondagem \geq 6mm. Perda dentária por doença periodontal de até 4 dentes. Lesões de furca grau II ou III. Moderado defeito de rebordo Perda óssea radiografia de padrão vertical
IV	\geq 5mm(perda de inserção na pior localização) Para além do terço médio(perda óssea radiográfica)		\geq 5 dentes perdidos por doença periodontal. Factores do grau III, com necessidade de reabilitação extensa.

Tabela 11 (Tonetti, 2018)

De seguida deve-se classificar em função da localização:

Localizada: menos de 30% dos dentes afectados

Generalizada: mais de 30% dos dentes afectados

Seguidamente à aferição do estágio, deve-se aferir o grau, que reflecte os riscos/potencial de progressão da doença periodontal, e seus efeitos sistémicos.

Um doente pode ter o seu grau alterado, ao contrário do estágio. Factores como tabagismo e/ou diabetes mellitus podem alterar o grau.

Todos os pacientes são classificados primeiramente como pertencendo ao grau B, e a evolução da doença vai influenciar, ou não, a alteração deste. (Steffens, 2018).

Grau	Característica determinante	Característica secundária	Factor de risco
Grau A – Progressão lenta	Sem perda óssea nos últimos 5 anos	Presença de placa Sem destruição periodontal/destruição pouco relevante	Não fuma Normoglicemico
Grau B – Progressão moderada	Menos de 2mm de perda óssea nos últimos 5 anos	Destruição proporcional à quantidade de placa	Menos de 10 cigarros por dia HbA1c<7%
Grau C – Progressão rápida	Mais de 2mm de perda óssea nos últimos 5 anos	Destruição óssea desproporcional à quantidade de placa	Mais de 10 cigarros por dia HbA1c>7%

Tabela 11 (Tonetti, 2018).

Periodontite como manifestação de doenças sistémicas, categoria referente a patologias sistémicas que podem ter manifestação no periodonto, e devem ser classificadas com base na doença.

A associação com perturbações genéticas, está relacionada a perturbações imunológicas, que afectam o tecido gengival, assim como perturbações metabólicas e endócrinas. (Holzhausen, 2019).

Também perturbações de imunodeficiência e de alterações inflamatórias podem ter repercussão no tecido periodontal, sendo estas inatas (como doença inflamatória do intestino), ou adquiridas (HIV). (Jepsen, 2020).

O tabaco é considerado uma doença pela classificação Internacional de doenças, devido à sua relevância em contexto de doença periodontal. . (Holzhausen, 2019).

O último grande grupo é “Outras condições que afetam o periodonto”, que são:

Manifestações periodontais de doenças ou condições sistémicas: podem resultar em perda de tecidos periodontais de suporte, sem que estejam relacionados a periodontite.

Neoplasias: etiologia associada a mutações genéticas, podem levar a deformações de tecidos gengivais e de suporte, devido à malignidade. (Alves, 2013).

Outras perturbações que podem afetar os tecidos periodontais, independentemente de Periodontite, podem afectar os tecidos gengivais. (Steffens, 2018)

Abcessos periodontais e lesões endoperiodontais

Abcessos periodontais: acúmulo de pus localizado, com destruição tecidual, apresentando hemorragia à sondagem e dor, com possível supuração, aparecimento de bolsa, e mobilidade

Classificação com base nos factores etiológicos:

Paciente com abcesso, e com periodontite, em bolsa gengival anteriormente existente, pode ser por:

Exacerbação aguda: doente que não aderiu ou não respondeu à terapia periodontal;

Após o tratamento: após raspagem (ineficaz remoção do cálculo), cirurgia ou terapia medicamentosa.

Paciente com abscesso, sem história prévia de periodontite, pode ou não ter presença de bolsa: por impactação, tratamento ortodôntico, alterações anatómicas, crescimento gengival, hábitos perniciosos. (Steffens, 2018).

Lesões endoperiodontais: categoria já existente na classificação de 1999, recebeu sub-grupos específicos:

Lesão endo periodontal com dano radicular: Fractura radicular, perfuração do canal ou do assoalho, e reabsorção radicular externa.

Lesão endoperiodontal em paciente com periodontite

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

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

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

Lesão endoperiodontal em paciente sem periodontite

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

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

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

(Steffens, 2018).

O diagnóstico pode ser complexo, devido ao grande envolvimento anatómico das estruturas pulpaes e estruturas periodontais, e envolve elevada multidisciplinaridade.

Factores etiológicos são má formação anatómica, histórico de trauma, perfuração iatrogénica, e reabsorção radicular externa ou interna. Lesões de cárie activas, envolvimento de furca, ou coroas metalo-ceramicas são factores de risco. (Dakó, 2020)

Condições e deformidades mucogengivais: afecta um grande número de pacientes, com tendência para aumentar com a idade.

Exposições radiculares causam desconforto estético, lesões cariosas cervicais e hipersensibilidade dentária. Foi necessária a sua inclusão na classificação, visto não existir qualquer menção na classificação de 1999.

A migração apical da margem gengival(recessão) é classificada de acordo com a sua extensão vertical:

Recessão Tipo 1 : sem perda de inserção interproximal. Junção cimento-esmalte interproximal não detectável por mesial ou distal.

Recessão Tipo 2 : perda de inserção interproximal, com distância da Junção cimento-esmalte ao fundo de sulco/bolsa menor ou igual à perda de inserção vestibular

Recessão Tipo 3 : perda de inserção interproximal, com distância da Junção cimento-esmalte ao fundo de sulco/bolsa maior que a perda de inserção vestibular.

Esta classificação suprime algumas das falhas apresentadas pela classificação de Miller, como a dificuldade de distinção entre classe I e classe II.

De seguida à avaliação do tipo de recessão, deve-se avaliar como (+)(presença de um degrau cervical com pelo menos 0.5mm) ou (-)(ausência de degrau cervical de pelo menos 0,5mm).

O degrau diz respeito a uma concavidade na superfície radicular.

(Cortellini, 2018)

Na ausência de recessão gengival, fenótipo fino e/ou ausência de mucosa queratinizada pode ser considerado uma condição mucogengival, sendo que qualquer espessura de tecido é suficiente para manter o quadro de saúde periodontal. (Steffens, 2018)

Trauma oclusal é definido como qualquer força oclusal excessiva que cause iatrogenia aos tecidos. Transitou da classificação de 1999, mas a sua definição sofreu ligeiras alterações:

Trauma oclusal primário: dano resultante de forças lesivas aplicada a dentes sem alteração de suporte gengival

Trauma oclusal secundário: dano resultante de forças lesivas ou normais, a dentes com alteração de suporte gengival (suporte gengival reduzido).

Forças ortodônticas lesivas que podem resultar em recessão gengival, reabsorção radicular, perda óssea e iatrogenia pulpar.(Holzhausen, 2019).

Não existe evidencia de que forças oclusais traumáticas possam originar perda de inserção, ou que originem e acelerem periodontite ou gengivite, mas existe evidencia de que podem originar recessão gengival. (Passanezi, 2019)

Factores relacionados ao dente a próteses, podem predispor condições para o desenvolvimento de doença periodontal, dependendo da suscetibilidade do individuo.

Relacionados ao dente: Fatores anatômicos do dente, fraturas radiculares, reabsorção cervical e dilaceração cementaria, proximidade radicular, erupção passiva alterada, podem promover a acumulação de placa bacteriana, que pode originar potencial doença periodontal.

Relacionados a próteses: próteses fixas ou removíveis, incorrectamente adaptadas, podem levar a acumulação placa bacteriana, e dificultar uma correcta higiene por parte do individuo. (Ercoli, 2018)

Condições e doenças peri implantares: inclusão inédita desta categoria, ausente na anterior classificação e nunca antes mencionada neste âmbito. É focada em questões de saúde peri implantar, mucosites peri-implantares, peri-implantites, e deficiências nos tecidos peri implantares moles e duros.

As doenças peri implantares são associadas ao biofilme, atingindo os tecidos em contacto com o implante, e têm tendência para uma progressão mais rápida que a periodontite. (Berglundh, 2018).

Saúde peri implantar é definida como um estado em que o indivíduo está livre de sinais de inflamação ou infecção, mantendo uma função normal. Depende de um controlo eficaz de factores locais ou sistémicos que possam contribuir para quadros de inflamação.

Em consultas de reavaliação, os valores de profundidade de sondagem devem ser os mesmos que na consulta anterior, assim como ausência de perda óssea (para além da crista óssea). (Longo, 2019).

Mucosite define-se como um estado em que, num exame clínico, exista hemorragia e/ou supuração à sondagem, com ou sem aumento de valores de profundidade à sondagem, em comparação com exames anteriores. Ausência de perda óssea. (Heitz-Mayfield, 2017).

Peri-implantite define-se como presença de hemorragia à sondagem e/ou supuração, com aumento dos valores de profundidade à sondagem (em comparação a exames anteriores).

Há presença de perda de tecido ósseo.

É uma condição patológica relacionada à acumulação de placa bacteriana. O risco de desenvolver uma peri implantite é superior em indivíduos com historial prévio de doença periodontal. (Berglundh, 2018).

Factores de risco: história prévia de periodontite, mau planeamento cirúrgico, restauração inadequada, mau assentamento da prótese, tabagismo. Outros factores como deficiências nos tecidos (anteriores à colocação do implante), que vá levar a uma má colocação do implante, podem ser factores a ter em conta. (Longo, 2019).

Também foi definida uma categoria para deficiências nos tecidos peri implantares, relacionados a condições clínicas antes, no decorrer e depois da colocação dos implantes:

Dimensão diminuída do processo alveolar: por exposição a factores iatrogénicos que reduzam a quantidade de osso.

Recessão da mucosa: ausência tecido queratinizado, mau posicionamento do implante

Ausência de mucosa queratinizada

A categoria das doenças peri implantares não deve ser generalizada, atendendo à grande quantidade de materiais, design, e tipos de implantes disponíveis no mercado, tendo em conta as suas particularidades. (Berglundh, 2018)

A nova classificação veio trazer diversos aspectos positivos:

Categoria que englobe pacientes com saúde periodontal: na antiga classificação estes não tinham qualquer menção. O estado de saúde periodontal é dinâmico, pois um doente pode ter a doença periodontal considerada controlada, se mantiver a ausência de sinais clínicos de inflamação. Portanto pode também englobar um doente com periodonto reduzido, desde que mantenha os parâmetros clínicos.

Da mesma maneira, o estado de saúde periodontal pode ser um estado prévio a uma situação de doença, logo é de extrema importância deste conceito no início e no fim do tratamento periodontal.

A remoção dos termos Periodontite crónica e Periodontite agressiva. Ambas podiam gerar dificuldade no diagnóstico do paciente, visto terem características ambíguas, e não conseguirem categorizar um doente que têm história prévia de doença periodontal, mas que tenha a doença controlada. A periodontite agressiva tinha uma prevalência baixa, e muitas vezes tinha doenças sistémicas associadas.

A introdução do estágio e do grau, permite um sistema de classificação multifactorial e dinâmico, individualizando o diagnóstico para cada paciente, tendo em conta todas as características e historial clínico, conseguindo disponibilizar um tratamento personalizado para atender as necessidades do doente.

Relevância dos danos sofridos pelo paciente por causa de doença periodontal (como perda de dentes).

As doenças periodontais necrosantes passam a ser classificadas de acordo com as características do paciente, tendo em conta as suas comorbidades e factores de risco.

Adição do termo Estomatite necrosante, visto estar ausente da classificação anterior, e ser a forma mais grave da doença, depois da NOMA, muito rara, mas que pode levar o doente ao óbito.

Modelo de classificação para recessões gengivais.

Introdução do termo Pigmentação gengival

Relevância da crescente importância de factores estéticos (pela introdução da classificação das recessões gengivais, bem como da pigmentação gengival).

Identificação da Diabetes Mellitus e do tabagismo como potenciais factores de risco para doença periodontal.

Introdução de uma classificação para lesões endoperiodontais, era necessária, devido à sua complexidade, difícil diagnóstico e multidisciplinaridade.

Introdução da expressão “força oclusal traumática”.

A nova classificação é baseada na Classificação Internacional de Doenças.

Introdução de toda a nova classificação de doenças peri implantares, é pertinente devido ao crescente número de pacientes que procuram este tipo de tratamento, logo oferece aos clínicos um bom meio de diagnóstico, de modo a satisfazer as necessidades dos doentes.

Porém...

A nova classificação é mais extensa que a anterior, e só o tempo provará se terá a aceitação que a anterior teve por parte dos médicos dentistas por quase 20 anos.

Devido á sua complexidade e extensão, pode ter problemas de aplicabilidade prática.

Desenvolvido por especialistas, pode surgir relutância de médicos dentistas generalistas, devido à sua complexidade.

Dificuldade em explicar o tratamento ao paciente, pode comprometer a adesão ao tratamento.

Curva de aprendizagem

Uso excessivo de “risco”, quando este risco se refere a factores de prognóstico, pode parecer ambíguo.

Uso limitado da classificação para estudos epidemiológicos, devido à sua complexidade

Gengivite induzida por placa, influenciada por medicamentos: hiperplasia gengival ocorre como efeito adverso de uma grande quantidade de medicamentos, e a evidência do aumento gengival ocorrer por consequência dos medicamentos, é maior do que a sua relação com a placa bacteriana, logo a colocação dentro desta categoria levanta duvidas.

Exclusão da categoria doa abcessos periocoronários.

Numa perspectiva de futuro, é expectável que a evolução do debate das classificações das doenças periodontais continue acompanhando a evolução da ciência. A modernização de técnicas de biologia molecular e genética certamente trará muitos avanços para a área da Periodontologia, dada a importância destas em definir suscetibilidades dos indivíduos em relação a doenças periodontais.

Com a globalização e facilidade de comunicação, encontros entre especialistas de todo o mundo é cada vez mais simples, seja presencialmente ou remotamente, proporcionando uma importante partilha e troca de informação científica.

Conclusão

Desde o início do século XX são relatadas tentativas de classificação das doenças periodontais, primeiro isoladamente por parte de médicos e investigadores, que definiam por si os seus próprios sistemas de classificação, baseados apenas na observação clínica. Embora não existisse qualquer evidência científica, o objectivo era claro: a criação de uma nomenclatura, que pudesse incluir todo o tipo de manifestações periodontais, possibilitando um correcto diagnóstico e tratamento, aumentando as hipóteses de sucesso deste.

Era necessária uma nomenclatura, não de autoria individual e sem evidência científica, mas sim como resultado do consenso de especialistas, com base na evidência científica disponível.

Em 1977 esse caminho começou a ser seguido, com o primeiro *workshop* promovido pela AAP. Embora pareça irrelevante nos dias de hoje, foi o primeiro passo para o desenvolvimento das classificações até à actualidade. Seguiram-se 1986, 1989 e 1993. Estas sucessivas actualizações deveram-se ao espírito crítico dos cientistas sempre, na tentativa de melhorar as classificações anteriores. A actualização das classificações anteriores mais marcante e universalmente aceite foi a de 1999, que viria a perdurar por quase 20 anos. Embora possuísse as suas limitações, evidência para a contrariar tardou em aparecer.

Os avanços mais marcantes terão sido:

1986: introdução periodontite juvenil, periodontite do adulto e periodontite necrosante;

1989: Classificação das periodontites em localizada e generalizada; Introdução periodontite do adulto;

Associada a doenças sistémicas

1999: Introdução de categoria para as doenças gengivais

A associação das doenças periodontais a doenças sistémicas e a introdução do grupo das doenças gengivais acompanharam o próprio avanço da medicina, pois hoje são conhecidas inúmeras relações entre doenças sistémicas e doenças gengivais.

Compreender a evolução do estudo das doenças periodontais, permite-nos uma melhor compreensão do presente, sabendo que a evolução científica nos levará certamente a mais evoluções no futuro.

Bibliografia

Alves, V. T. E., Silva, H. A. B., Ferreira, M. S., Fukushima, H., Oliveira, F. S., Domaneschi, C., & Holzhausen, M. (2013). Aspectos relacionados ao câncer oral de interesse na periodontia. *Braz J Periodontol*, 23(4), 31-37.

Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of periodontology*, 4(1), 1-6.

Armitage, G. C. (2002). Classifying periodontal diseases—a long-standing dilemma. *Periodontology 2000*, 30(1), 9-23.

Azzi, F. (1978), *A Periodontia Atual*. 3ª Edição. Editado pelo Autor. Porto Alegre

Babay, N., Alshehri, F., & Al Rowis, R. (2019). Majors highlights of the new 2017 classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *The Saudi dental journal*, 31(3), 303.

Berglundh, T., Armitage, G., Araujo, M. G., Avila-Ortiz, G., Blanco, J., Camargo, P. M., ... & Hämmerle, C. H. (2018). Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*, 89, S313-S318.

Bergström, J. (2003). Tobacco smoking and risk for periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*, 30(2), 107-113.

Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L., Jepsen, S., Kornman, K. S., ... & Tonetti, M. S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of periodontology*, 89, S1-S8.

Chapple, I. L., Mealey, B. L., Van Dyke, T. E., Bartold, P. M., Dommisch, H., Eickholz, P., ... & Griffin, T. J. (2018). Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*, 89, S74-S84.

Cortellini, P., & Bissada, N. F. (2018). Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *Journal of periodontology*, 89, S204-S213.

Dakó, T., Lazăr, A. P., Bică, C. I., & Lazăr, L. (2020). Endo-perio lesions: diagnosis and interdisciplinary treatment options. *Acta Stomatologica Marisiensis Journal*, 3(1), 257-261.

De Castro, M. V. M., & Duarte, C. A. (2002). Classificação atual das doenças periodontais.

Dias, L. Z. S., Piol, S. A. C., & de ALMEIDA, C. S. L. (2006). Atual classificação das doenças periodontais. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*.

- Dietrich, T., Ower, P., Tank, M., West, N. X., Walter, C., Needleman, I., ... & Chapple, I. L. C. (2019). Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal diseases and conditions—implementation in clinical practice. *British Dental Journal*, 226(1), 16-22.
- Easlick, K. A. (1959). *The Vocabular of Dentistry and Oral Science*.
- Ercoli, C., & Caton, J. G. (2018). Dental prostheses and tooth-related factors. *Journal of periodontology*, 89, S223-S236.
- Fernández, P. B., & Portillo, G. M. (2004). *Tratamiento odontológico en pacientes especiales*. Laboratorios Normon.
- Filho, J.G. (1981). Periodontite Juvenil, 1-24.
- Fine, D. H., Cohen, D. W., Bimstein, E., & Bruckmann, C. (2015). A ninety-year history of periodontosis: the legacy of Professor Bernhard Gottlieb. *J Periodontol*, 86(1), 1-6.
- Flemmig, T. F. (1999). Periodontitis. *Annals of Periodontology*, 4(1), 32-37.
- Glickman, I. (1974). *Periodontologia Clínica*. 1ª Edição. Interamericana. México
- Goiris, F. A., Witek, J. E., & Striechen, T. M. (2010). Análise crítica da classificação das doenças periodontais após dez anos: essencialismo e nominalismo na nova taxonomia. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 9(4), 307-309.
- Gordon, S. C., & Daley, T. D. (1997). Foreign body gingivitis: clinical and microscopic features of 61 cases. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 83(5), 562-570.
- Haas, A. N., Moreno, T., & Rösing, C. K. (2006). Classificação das periodontites em indivíduos jovens—revisão da literatura e relato de casos clínicos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 47(2).
- Haas, A. N., Moreno, T., & Rösing, C. K. (2006). Classificação das periodontites em indivíduos jovens—revisão da literatura e relato de casos clínicos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 47(2).
- Hallmon, W. W. (1999). Occlusal trauma: effect and impact on the periodontium. *Annals of Periodontology*, 4(1), 102-107.
- Heitz-Mayfield, L. J., & Salvi, G. E. (2018). Peri-implant mucositis. *Journal of clinical periodontology*, 45, S237-S245.
- Hepp, V., Tramontina, V. A., Bezeruska, C., Vianna, G. P., & Kim, S. H. (2007). Periodontite agressiva: relato de casos e revisão da literatura. *Archives of Oral Research*, 3(1).
- Herrera, D., Retamal-Valdes, B., Alonso, B., & Feres, M. (2018). Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal of clinical periodontology*, 45, S78-S94.
- Highfield, J. (2009). Diagnosis and classification of periodontal disease. *Australian dental journal*, 54, S11-S26.

- Holmstrup, P. (1999). Non-plaque-induced gingival lesions. *Annals of periodontology*, 4(1), 20-29.
- Holmstrup, P., & Axéll, T. (1990). Classification and clinical manifestations of oral yeast infections. *Acta Odontologica Scandinavica*, 48(1), 57-59.
- Holmstrup, P., Plemons, J., & Meyle, J. (2018). Non-plaque-induced gingival diseases. *Journal of clinical periodontology*, 45, S28-S43.
- Lindhe, J. (2005), *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4ª Edição. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro
- Jepsen, S. (2020). New classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *Endodontic Practice Today*, 14(1).
- Lang, N. P. (1994). *Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology*. Quintessence Publishing Company.
- Longo, A. B., & Fritz, P. C. (2019). Peri-Implant Diseases And Conditions: An Executive Summary Of The New Global Classification System For The Busy Dental Professional—Part II.
- Majola, M. P., McFadyen, M. L., Connolly, C., Nair, Y. P., Govender, M., & Laher, M. H. E. (2000). Factors influencing phenytoin-induced gingival enlargement. *Journal of clinical periodontology*, 27(7), 506-512.
- Mariotti, A. (1999). Dental plaque-induced gingival diseases. *Annals of periodontology*, 4(1), 7-17.
- Meng, H. X. (1999). Periodontal abscess. *Annals of Periodontology*, 4(1), 79-82.
- Mittal, V., Bhullar, R. P. K., Bansal, R., Singh, K., Bhalodi, A., & Khinda, P. K. (2013). A practicable approach for periodontal classification. *Dental research journal*, 10(6), 697.
- Moore, W. E., Holdeman, L. V., Cato, E. P., Smibert, R. M., Burmeister, J. A., Palcanis, K. G., & Ranney, R. R. (1985). Comparative bacteriology of juvenile periodontitis. *Infection and Immunity*, 48(2), 507-519.
- Najjar, T. A. (1977). Harmful effects of “aspirin compounds”. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 44(1), 64-70.
- Novak, M. J. (1999). Necrotizing ulcerative periodontitis. *Annals of Periodontology*, 4(1), 74-77.
- Nualart Grollmus, Z. C., Morales Chávez, M. C., & Silvestre Donat, F. J. (2007). Periodontal disease associated to systemic genetic disorders. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal (Internet)*, 12(3), 211-215.
- Oettinger-Barak, O., Sela, M. N., Sprecher, H., & Machtei, E. E. (2014). Clinical and microbiological characterization of localized aggressive periodontitis: a cohort study. *Australian Dental Journal*, 59(2), 165-171.
- Okada, M., Awane, S., Suzuki, J., Hino, T., Takemoto, T., Kurihara, H., & Miura, K. (2002). Microbiological, immunological and genetic factors in family members with

periodontitis as a manifestation of systemic disease, associated with hematological disorders. *Journal of periodontal research*, 37(4), 307-315.

Orban, B. J. (1958). *Periodontics; a Concept:-Theory and Practice*. Mosby.

Pacheco, K. C. M., de Moura Ferreira, K., de Lyra Vasconcelos, M., de Oliveira, M. P. S., Cavalcante, D. K. F., & Penteadó, L. A. M. (2019). HIPERPLASIA MEDICAMENTOSA ASSOCIADA À CICLOSPORINA: RELATO DE CASO. *Jornada Odontológica da Liga de Diagnóstico Oral e Maxilofacial*, 2.

Pannuti, C. M., Holzhausen, M., Saraiva, L., de França, B. N., Gasparoni, L. M., Romito, G. A., ... & Rebeis, E. S. (2019). Sistema de Classificação das Doenças e Condições Periodontais.

Pannuti, C. M., Holzhausen, M., Saraiva, L., de França, B. N., Gasparoni, L. M., Romito, G. A., ... & Rebeis, E. S. (2019). Sistema de Classificação das Doenças e Condições Periodontais.

Papapanou, P. N., Sanz, M., Buduneli, N., Dietrich, T., Feres, M., Fine, D. H., ... & Greenwell, H. (2018). Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *Journal of periodontology*, 89, S173-S182.

Parikh, H., Agrawal, C., Parikh, H., & Duseja, S. Critical Evaluation of the 2017 Classification of Periodontal and Peri-implant diseases and Conditions—An Update.

Passanezi, E., & Sant'Ana, A. C. P. (2019). Role of occlusion in periodontal disease. *Periodontology 2000*, 79(1), 129-150.

Ramfjord, S. P. (1959). Indices for prevalence and incidence of periodontal disease.

Rivera-Hidalgo, F., & Stanford, T. W. (1999). Oral mucosal lesions caused by infective microorganisms I. Viruses and bacteria. *Periodontology 2000*, 21(1), 106-124.

Rotstein, I., & Simon, J. H. (2006). The endo-perio lesion: a critical appraisal of the disease condition. *Endodontic Topics*, 13(1), 34-56.

SanGiacomo, T. R., Tan, P. M., Loggi, D. G., & Itkin, A. B. (1990). Progressive osseous destruction as a complication of HIV-periodontitis. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, 70(4), 476-479.

Serra, M. C., Falabella, M. E. V., Tinoco, E. M. B., Ribeiro, M. S. M., Silva, D. G. D., & Maior, J. D. M. S. (2006). Fibromatose gengival hereditária: identificação e tratamento. *Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac*, 7, 15-22.

Scully, C. (1989). Orofacial herpes simplex virus infections: current concepts in the epidemiology, pathogenesis, and treatment, and disorders in which the virus may be implicated. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology*, 68(6), 701-710.

Spanemberg, J. C., Detânico, M. C., Neto, J. B. C., & Martos, J. (2008). Aspectos clínicos da periodontite agressiva: revisão. *Archives of Oral Research*, 4(3).

Steffens, J. P., & Marcantonio, R. A. C. (2018). Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2018: guia prático e pontos-chave. *Revista de Odontologia da UNESP*, 47(4), 189-197.

Teughels, W., Dhondt, R., Dekeyser, C., & Quirynen, M. (2014). Treatment of aggressive periodontitis. *Periodontology 2000*, 65(1), 107-133.

Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2018). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of periodontology*, 89, S159-S172.

Van der Velden, U. (2017). What exactly distinguishes aggressive from chronic periodontitis: is it mainly a difference in the degree of bacterial invasiveness?. *Periodontology 2000*, 75(1), 24-44.

Wiebe, C. B., & Putnins, E. E. (2000). The periodontal disease classification system of the American Academy of Periodontology-an update. *Journal-canadian dental association*, 66(11), 594-599.

<https://www.aegisdentalnetwork.com/cced/2017/09/revisiting-the-classification-of-periodontal-disease>

<https://www.perio.org/about-us>

<https://www.who.int/classifications/icd/revision/icd11faq/en/>