

**NOVA CLASSIFICAÇÃO DAS PERIODONTITES ADAPTADO DO RELATÓRIO DE CONSENSO DO 2017 WORLD WORKSHOP ON THE CLASSIFICATION OF PERIODONTAL AND PERI-IMPLANT DISEASES AND CONDITIONS**

**NEW CLASSIFICATION OF PERIODONTITIS ADAPTED FROM THE 2017 WORLD WORKSHOP ON THE CLASSIFICATION OF PERIODONTAL AND PERI-IMPLANT DISEASES AND CONDITIONS CONSENSUS REPORT**

Carina Silva-Boghossian<sup>1</sup>  
Marcela Melo dos Santos<sup>2</sup>  
Luis Paulo Diniz Barreto<sup>3</sup>

**Resumo**

Em novembro de 2017, ocorreu nos Estados Unidos um evento conjunto da Academia Americana de Periodontia e da Federação Europeia de Periodontia. Este evento teve como objetivo discutir pontos não resolvidos da classificação periodontal de 1999, o que culminou com uma nova classificação das doenças periodontais. Modificações importantes foram estabelecidas, principalmente no que tange às periodontites. Assim, este texto em língua portuguesa visa atualizar os dentistas e estudantes de Odontologia sobre a nova classificação das periodontites, com base na publicação no relatório de consenso do *2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions* em junho de 2018. A nova classificação abrange todas as doenças e condições periodontais e peri-implantares, incluindo a definição de saúde periodontal, a reorganização das doenças e condições gengivais não induzidas por placa, a inclusão de doenças e condições sistêmicas que afetam o tecido periodontal de suporte, as bases para o tratamento de retração gengival, a substituição de termos periodontais e a introdução de uma nova classificação para doenças e condições peri-implantares. Como pode ser observado, não seria possível detalhar todos estes aspectos da nova classificação, assim, este artigo apresenta somente a nova classificação referente às periodontites.

**Palavras chave:** doenças periodontais; classificação periodontal; periodontite; diagnóstico.

**Abstract**

In November 2017, a joined meeting between the American Academy of Periodontology and the European Federation of Periodontology was held in United States. This meeting had the aim to discuss non-solved issues regarding 1999 periodontal classification, which culminated with a new periodontal classification. Important changes were established, mainly in reference to different forms of periodontitis. Thus, the current paper aims to update dentists and dental students on the new classification of periodontitis, based on the consensus report of the *2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions* published in June 2018. The new classification covers all periodontal and peri-implant diseases and conditions, including the periodontal health definition, the re-organization of gingival diseases and conditions non-induced by plaque, the inclusion of systemic diseases and conditions that affect the support periodontal tissue, the basis for gingival retraction treatment, the replacement of periodontal terms, and the introduction of a new classification for peri-implant diseases and conditions. As can be observed, it would be impossible to detail all aspects of the new classification, thus, this paper presents only the periodontitis new classification.

**Keywords:** periodontal diseases; periodontal classification; periodontitis; diagnoses.

- 1- Professora Dra do Programa de Pós Graduação Biotrans – Unigranrio
- 2- Professora da disciplina Periodontia - Unigranrio
- 3- Professor da disciplina Periodontia - Unigranrio

## Introdução

Em novembro de 2017, ocorreu nos Estados Unidos um encontro mundial de periodontia, organizado pela Academia Americana de Periodontia e pela Federação Europeia de Periodontia. Este evento teve como objetivo discutir pontos não resolvidos da classificação periodontal anterior, definida em 1999 (ARMITAGE, 1999). Com base nas discussões daquele evento, uma nova classificação das doenças periodontais foi proposta.

Não é a primeira vez que a classificação das doenças periodontais é modificada, e, muito provavelmente, não será a última. Entretanto, modificações importantes foram estabelecidas, principalmente no que tange as periodontites. Assim, este texto em língua portuguesa visa atualizar os dentistas e estudantes de odontologia sobre a nova classificação das periodontites, com base na publicação no relatório de consenso do *2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions* em junho de 2018 (CATON et al., 2018).

Em sua integralidade, as alterações na classificação decididas em consenso foram: (i) a definição de casos de saúde gengival ou de inflamação após o término do tratamento periodontal com base no sangramento à sondagem e profundidade de sulco/ bolsa residual (LANG & BARTOLD, 2018); (ii) a reorganização das doenças e condições gengivais não induzidas por placa com base na etiologia primária (HOLMSTRUP et al., 2018); (iii) o estabelecimento de uma nova classificação das periodontites considerando estágio multidimensional e sistema de graduação (PAPAPANOU et al., 2018; TONETTI et al., 2018); (iv) a inclusão de doenças e condições sistêmicas que afetam o tecido periodontal de suporte, grupadas como “Periodontite como Manifestação de Doença Sistêmica” (JEPSEN et al., 2018; PAPAPANOU et al., 2018); (v) a definição de outras condições sistêmicas que podem afetar o aparato periodontal independentemente de periodontite induzida por biofilme/ placa dental, grupadas como “Doenças ou Condições Sistêmicas que Afetam o Tecido Periodontal de Suporte”(ALBANDAR et al., 2018; JEPSEN et al., 2018); (vi) o tratamento de retração gengival estão baseadas na perda interproximal de inserção clínica e também a incorporação de avaliação da exposição radicular e da junção

---

cimento-esmalte (CORTELLINI & BISSADA 2018; JEPSEN et al., 2018); (vii) o termo “força oclusal excessiva” foi substituída por “força oclusal traumática”(FAN & CATON, 2018; JEPSEN et al., 2018); (viii) o termo “largura biológica/ espaço biológico” foi substituído por “tecidos de inserção supracrestal”(JEPSEN et al., 2018); e (ix) a introdução de uma nova classificação para doenças e condições peri-implantares (BERGLUNDH et al., 2018; RENVERT et al., 2018). No Quadro 1 está apresentado, de forma resumida, a nova classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares (adaptado de CATON et al., 2018).

Como pode-se observar, esta nova classificação abrange todas as doenças e condições periodontais e peri-implantares, o que impossibilitaria descrever aqui detalhadamente todas elas. Assim, será descrito a seguir somente a nova classificação das periodontites de acordo com o relatório de consenso publicado em junho de 2018 (CATON et al., 2018).

### **Formas de Periodontite**

Nas décadas que precederam a classificação de 1999, diversas alterações foram sendo realizadas para alinhar os achados com as novas evidências científicas obtidas desde então. Desta forma, o encontro de 2017 definiu que existem três formas de periodontite: periodontite necrosante, periodontite como manifestação de doença sistêmica e periodontite. Nesta última, são grupadas as formas da doença anteriormente conhecidas como “crônica” e “agressiva” (CATON et al., 2018).

Foi proposto que, para se estabelecer o diagnóstico de periodontite, deve-se utilizar uma estrutura de caracterização que utiliza estágio multidimensional e sistema de graduação que pode ser adaptado ao longo do tempo na medida que novas evidências ou eventos clínicos e radiográficos surgem (CATON et al., 2018). Neste cenário, o estágio é amplamente dependente da gravidade da doença, assim como da complexidade de tratamento. Por sua vez, o grau fornece informações complementares sobre as características biológicas da doença. Na avaliação do grau de doença, é incluído a história da doença, com base nas análises da taxa de progressão da mesma, avaliação do risco de

progressão adicional, antecipação de desfechos negativos de tratamento e avaliação do risco de a doença ou de seu tratamento afetar negativamente a saúde geral do paciente (CATON et al., 2018).

**Quadro 1.** Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares 2017.

<b>Doenças e condições periodontais</b>										
<b>Saúde periodontal, Doenças e condições gengivais</b>			<b>Periodontite</b>			<b>Outras condições que afetam o periodonto</b>				
<b>Saúde periodontal e saúde gengival</b>	<b>Gengivite: Induzida por biofilme dental</b>	<b>Doenças gengivais: Não induzidas por biofilme dental</b>	<b>Doenças periodontais necrosantes</b>	<b>Periodontite</b>	<b>Periodontite como manifestação de doença sistêmica</b>	<b>Doenças ou condições sistêmicas que afetam o tecido periodontal de suporte</b>	<b>Abscessos periodontais e lesões endo-periodontais</b>	<b>Deformidades e condições mucogengivais</b>	<b>Forças oclusais traumáticas</b>	<b>Fatores relativos a dente e prótese</b>
<b>Doenças e condições peri-implantares</b>										
<b>Saúde peri-implantar</b>			<b>Mucosite peri-implantar</b>			<b>Peri-implantite</b>		<b>Deficiências de tecido mole e duro peri-implantar</b>		

No Workshop de 2017, em discussões baseadas em artigos de posicionamento, foram obtidas as seguintes conclusões, que justificam a nova proposta de agrupar as periodontites “crônica” e “agressiva” simplesmente como periodontite (TONETTI et al., 2018):

1. Não há evidências que demonstrem que há diferenças na patofisiologia de “crônica” e “agressiva” ou que provêm orientação para diferentes abordagens terapêuticas;
2. Há pouca evidência consistente que demonstre que “crônica” e “agressiva” sejam doenças diferentes, mas há evidências de que vários fatores e interações entre estes podem influenciar clinicamente a doença no nível do indivíduo;
3. Em nível populacional, as taxas médias de progressão de periodontite são consistentes entre estudos ao redor do mundo;
4. Há evidência, entretanto, que segmentos específicos da população exibem níveis diferentes de progressão de doença, como indicado pela maior gravidade da perda de inserção clínica (PIC) em subgrupos de cada coorte de idade relativa à maioria dos indivíduos na coorte de idade; e
5. Um sistema de classificação baseado apenas na gravidade da doença falha em capturar dimensões importantes da doença de um indivíduo, incluindo a complexidade que influencia a abordagem terapêutica, os fatores de risco que podem influenciar o resultado provável, e o nível de conhecimento e treinamento requerido para manejo de um caso individual.

#### **Definição de um paciente como um caso de periodontite (PAPAPANOU et al., 2018)**

O paciente deve ser considerado como um “caso de periodontite” se:

1. PIC interdental é detectável em  $\geq 2$  dentes não adjacentes, ou
2. PIC vestibular ou lingual/ palatina  $\geq 3$  mm com bolsa de  $\geq 3$  mm é detectável em  $\geq 2$  dentes, mas o PIC observado não pode ser atribuído a causas não relacionadas à periodontite tais como:

- i) retração gengival de origem traumática;
- ii) cáries que se estendem para a área cervical do dente;
- iii) a presença de PIC no aspecto distal de um segundo molar e associado com mau posicionamento ou extração de um terceiro molar;
- iv) uma lesão endodôntica drenando através do periodonto marginal; e
- v) a ocorrência de uma fratura radicular vertical.

### **Caracterização de um caso de periodontite por Estágio e Grau**

#### **Estágios**

O estadiamento, usado há muitos anos em oncologia, permite ir além da abordagem unidimensional, na qual se usa a destruição passada de maneira isolada, e provê uma plataforma na qual uma classificação diagnóstica multidimensional pode ser construída. Além disto, um sistema de estadiamento pode fornecer um modo de definir o estado da periodontite em diferentes pontos ao longo do tempo (TONETTI et al., 2018).

Para a periodontia, o estadiamento depende das dimensões padrões de gravidade e extensão da periodontite no momento do exame, mas introduz a dimensão da complexidade de tratamento de um dado paciente. Indivíduos que apresentam diferente gravidade/ extensão e complexidade de manejo resultante podem apresentar diferentes taxas de progressão de doença e/ ou fatores de risco, a informação derivada do estadiamento da periodontite deve ser suplementada pela informação no grau biológico inerente da doença. Isto depende de três conjuntos de parâmetros:

- 1) Taxa de progressão da periodontite;
- 2) Fatores de risco reconhecidos para a progressão da periodontite; e
- 3) Risco de um caso individual afetar a saúde sistêmica do indivíduo.

A nova classificação propõe a utilização de 4 Estágios de periodontite (Quadro 2 e Tabela 1) (PAPAPANOU et al., 2018; TONETTI et al., 2018).

**Quadro 2.** Formas de periodontite.

<b>1. Doenças periodontais necrosantes</b>
a. Gengivite necrosante
b. Periodontite necrosante
c. Estomatite necrosante
<b>2. Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas</b>
A classificação destas condições deve ser baseada na doença primária de acordo com os códigos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde ( <a href="https://icd.who.int/">https://icd.who.int/</a> )
<b>3. Periodontites</b>
a. <b>Estágios:</b> baseados na Gravidade <sup>1</sup> e na Complexidade de Manejo <sup>2</sup>
Estágio I: Periodontite inicial
Estágio II: Periodontite moderada
Estágio III: Periodontite avançada com potencial para perda dentária adicional
Estágio IV: Periodontite avançada com potencial para perda da dentição
b. Extensão e distribuição <sup>3</sup> : localizada; generalizada; distribuição molar-incisivo
c. <b>Graus:</b> Evidência ou risco de progressão rápida <sup>4</sup> , resposta de tratamento antecipada <sup>5</sup>
i. Grau A: Taxa lenta de progressão
ii. Grau B: Taxa moderada de progressão
iii. Grau C: Taxa rápida de progressão

<sup>1</sup>Gravidade: nível de inserção clínica interdental no sítio com a maior perda; Perda óssea radiográfica e perda dentária.

<sup>2</sup>Complexidade de manejo: profundidade de sondagem, padrão de perda óssea, lesões de furca, número de dentes remanescentes, mobilidade dentária, defeitos de rebordo, disfunção mastigatória.

<sup>3</sup>Adicionar ao Estágio como descritor: localizada < 30% dos dentes, generalizada ≥ 30% dos dentes.

<sup>4</sup>Risco de progressão: evidência direta por radiografias periapicais ou perda de nível de inserção clínica, ou indireta (relação perda óssea/ idade).

<sup>5</sup>Resposta de tratamento antecipada: fenótipo do caso, tabagismo, hiperglicemia.



**Estágio I** - a periodontite é INICIAL:

- **Gravidade:**

- **PIC interdental no sítio de maior perda:** de 1 a 2 mm,
- **Perda óssea radiográfica:** abrange somente o terço coronal (<15%),
- **Perda dentária:** não há risco de perda dentária,

- **Complexidade (Local):** Profundidade de sondagem máxima  $\leq 4$  mm, e quase inteiramente perda óssea horizontal,

- **Extensão e distribuição:** localizada (< 30% dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

**Estágio II** - a periodontite é MODERADA:

- **Gravidade:**

- **PIC interdental no sítio de maior perda:** de 3 a 4 mm,
- **Perda óssea radiográfica:** abrange somente o terço coronal (15% a 30%),
- **Perda dentária:** não há risco de perda dentária,

- **Complexidade (Local):** Profundidade de sondagem máxima  $\leq 5$  mm, e quase inteiramente perda óssea horizontal,

- **Extensão e distribuição:** localizada (< 30% dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

**Estágio III** - a periodontite é AVANÇADA/ GRAVE com potencial para perda dentária adicional:

- **Gravidade:**

- **PIC interdental no sítio de maior perda:**  $\geq 5$  mm,

- **Perda óssea radiográfica:** Se estende ao terço médio ou apical da raiz,
- **Perda dentária:** Perda dentária de  $\leq 4$  dentes devido à periodontite,
- **Complexidade (Local):** Em adição à complexidade do estágio II: Profundidade de sondagem  $\geq 6$  mm; perda óssea vertical de  $\geq 3$  mm; envolvimento de furca de grau II ou III; defeito de rebordo moderado,
- **Extensão e distribuição:** localizada ( $< 30\%$  dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

**Estágio IV** - a periodontite é AVANÇADA/ GRAVE com perda dentária extensa e potencial para a perda da dentição:

- **Gravidade:**
  - **PIC interdental no sítio de maior perda:**  $\geq 5$  mm,
  - **Perda óssea radiográfica:** Se estende ao terço médio ou apical da raiz,
  - **Perda dentária:** Perda dentária de  $\geq 5$  dentes devido à periodontite,
- **Complexidade (Local):** Em adição à complexidade do estágio III: Necessidade de reabilitação complexa devido a: disfunção mastigatória; trauma oclusal secundário (mobilidade dentária de grau  $\geq 2$ ); defeito de rebordo grave; colapso de mordida, desvio de mordida, espaçamento de mordida; menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas),
- **Extensão e distribuição:** localizada ( $< 30\%$  dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo.

**Tabela 1.** Classificação das periodontites baseada em estágios.

Estágio da periodontite		Estágio I	Estágio II	Estágio III	Estágio IV
Gravidade	<b>PIC interdental no sítio de maior perda</b>	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥5 mm	≥5 mm
	<b>Perda óssea radiográfica</b>	Terço coronal (<15%)	Terço coronal (15% a 30%)	Se estende ao terço médio ou apical da raiz	Se estende ao terço médio ou apical da raiz
	<b>Perda dentária</b>	Sem perda dentária devido à periodontite		Perda dentária devido a periodontite de ≤4 dentes	Perda dentária devido a periodontite de ≥5 dentes
Complexidade	Local	Profundidade de sondagem máxima ≤4 mm  Quase inteiramente perda óssea horizontal	Profundidade de sondagem máxima ≤5 mm  Quase inteiramente perda óssea horizontal	Em adição à complexidade do estágio II:  Profundidade de sondagem ≥6 mm  Perda óssea vertical de ≥3 mm  Envolvimento de furca de Grau II ou III  Defeito de rebordo moderado	Em adição à complexidade do estágio III:  Necessidade de reabilitação complexa devido a:  Disfunção mastigatória  Trauma oclusal secundário (mobilidade dentária de grau ≥2)  Defeito de rebordo grave  Colapso de mordida, desvio de mordida, espaçamento de mordida  Menos de 20 dentes remanescentes (10 pares de antagonistas)
Extensão e distribuição	<b>Adicionar ao estágio como descritor</b>	Para cada estágio, descrever a extensão como localizada (< 30% dos dentes envolvidos), generalizada, ou padrão molar/ incisivo			

O estágio inicial deve ser determinado com o emprego da perda de inserção clínica (PIC); se não estiver disponível, então perda óssea radiográfica (POR) deve ser usada. A informação sobre perda dentária possa ser atribuída primariamente à periodontite – se disponível – pode modificar a definição do estágio. Este é o caso mesmo na ausência de fatores de complexidade. Os fatores de complexidade podem mudar o estágio para um nível mais elevado, por exemplo defeito de furca II ou III mudariam ou para estágio II ou IV, irrespectivamente da PIC. A distinção entre os estágios III e IV é primariamente baseada nos fatores de complexidade. Por exemplo, uma mobilidade de nível alto e/ ou colapso de mordida posterior indicaria um diagnóstico de estágio IV. Os fatores de complexidade podem estar presentes apenas alguns casos, não todos, entretanto, em geral isto é apenas aplicado com o uso de bom senso clínico para chegar ao diagnóstico clínico mais apropriado.

Para paciente pós-tratamento, PIC e POR são ainda os determinantes primários do estágio. Se um (uns) fator(es) de complexidade de mudança de estágio é eliminado pelo tratamento, o estágio não deve retroceder a um estágio mais baixo porque o fator de complexidade original do estágio deve sempre ser considerado no manejo da fase de manutenção.

Adaptado de PAPAPANOU et al., 2018.

## **Graus**

A graduação permite que uma outra dimensão seja adicionada na classificação da periodontite, ou seja, permite a inclusão da taxa de progressão da doença (PAPAPANOU et al., 2018; TONETTI et al., 2018). A graduação deve ser constatada direta ou indiretamente através da evidência de progressão de periodontite disponível (Tabela 2).

**Tabela 2.** Classificação das periodontites baseada em graus.

Grau da periodontite			Grau A: taxa lenta de progressão	Grau B: taxa moderada de progressão	Grau C: taxa rápida de progressão
<b>Critério primário</b>	Evidência direta de progressão	Dados longitudinais (perda óssea radiográfica ou PIC)	Evidência de perda ao longo de 5 anos	< 2 mm ao longo de 5 anos	≥ 2 mm ao longo de 5 anos
	Evidência indireta de progressão	% de perda óssea/ idade	< 0,25	0,25 a 1,0	>1,0
		Fenótipo do caso	Muito acúmulo de biofilme com baixos níveis de destruição	Destruição proporcional com os depósitos de biofilme	A destruição excede o esperado devido ao biofilme: padrões clínicos específicos sugestivos de períodos de progressão rápida e/ ou estabelecimento precoce da doença (ex. padrão molar/ incisivo; falta de resposta esperada às terapias de controle bacteriano padrões)
<b>Modificadores do grau</b>	Fatores de risco	Tabagismo	Não fumantes	Fumante < 10 cigarros/ dia	Fumante ≥10 cigarros/ dia
		Diabetes	Normoglicêmicos / sem diagnóstico de diabetes	HbA1c <7,0% em pacientes com diabetes	HbA1c ≥7,0% em pacientes com diabetes

O grau deve ser usado como um indicador da taxa de progressão da periodontite. O critério primário é tanto evidência direta ou indireta de progressão. Sempre que disponível, a evidência direta é usada; na sua ausência uma estimativa indireta é feita usando a perda óssea como uma função da idade no dente mais afetado ou apresentação do caso (perda óssea radiográfica expressa como um porcentual do comprimento radicular dividido pela idade do indivíduo, POR/ idade). Os clínicos devem inicialmente assumir doença de grau B e procurar por evidência específica para mudar para grau A ou C, se disponível. Uma vez que o grau é estabelecido baseado na evidência de progressão, isto pode ser modificado com base na presença de fatores de risco. PIC = perda de inserção clínica; HbA1c = hemoglobina A1c glicada; POR = perda óssea radiográfica.

A taxa de progressão deve ser determinada através do uso de perda óssea radiográfica (POR)/ idade no dente mais gravemente afetado na dentição. Assim, por exemplo, um valor de 1 é constatado se há 30% de POR aos 30 anos ou 50% aos 50 anos de idade, e assim por diante. Por outro lado, 15% de POR aos 60 anos representaria um valor de 0,25. Portanto, os valores extremos são mais prováveis de representar taxas lentas ( $< 0,25$ ) ou taxas rápidas ( $> 1,0$ ) de progressão, e os valores entre 0,25 e 1,0 são considerados taxas moderadas de progressão (Grau B) (TONETTI et al., 2018).

Uma vez estabelecido o Grau inicial, o clínico deve focar nos fatores de risco como modificadores de Grau. Os modificadores de Grau a serem considerados são os seguintes:

- Presença de diabetes não controlada, ou
- Ser fumante “pesado”.

Se um destes fatores modificadores estiverem presentes, a graduação muda de uma doença de Grau lento para com risco de taxa de progressão moderada ou rápida (TONETTI et al., 2018).

Resumidamente, o diagnóstico da periodontite para um dado indivíduo deve englobar três dimensões:

1. Definição de caso de periodontite baseado na perda de inserção detectável em 2 dentes não adjacentes;

2. Identificação da forma da periodontite: periodontite necrosante, periodontite como manifestação de doença sistêmica ou periodontite;
3. Descrição da apresentação e agressividade da doença pelo Estágio e Grau.

Na Tabela 3, há um exemplo de um paciente com 60 anos de idade com periodontite de Estágio II e sem registros longitudinais que forneça evidência direta de progressão, porém radiografias periapicais atuais permitem uma estimativa de perda óssea de 30% no pior dente afetado. Perda óssea/ idade, portanto, é igual a 30/ 60 ou 0,5. Isto é compatível com uma periodontite de Grau B. Fatores sistêmicos (tabagismo e história de controle do diabetes tipo 2) são, então, usados para projetar a potencial modificação de Grau que deve ser considerada para um paciente baseado nas influências dos fatores de risco sobre a biologia da doença. Neste caso específico, o paciente relata fumar 15 cigarros/ dia, sendo, portanto, um fumante “pesado”. Este achado muda o Grau da periodontite de B para C, considerando-se os estudos longitudinais que indicam que há maior taxa de progressão de periodontite em fumantes (TONETTI et al., 2018). Na Figura 1, uma representação radiográfica do caso é apresentada.

A Figura 2 é apresenta exame radiográfico de uma paciente de 27 anos de idade com Estágio III e doença generalizada, que nunca foi tratada periodontalmente e não possui radiografias prévias. Com as radiografias atuais, é possível se fazer uma estimativa de perda óssea de 90% no pior dente afetado. Assim, perda óssea/ idade é igual a 90/ 27 ou

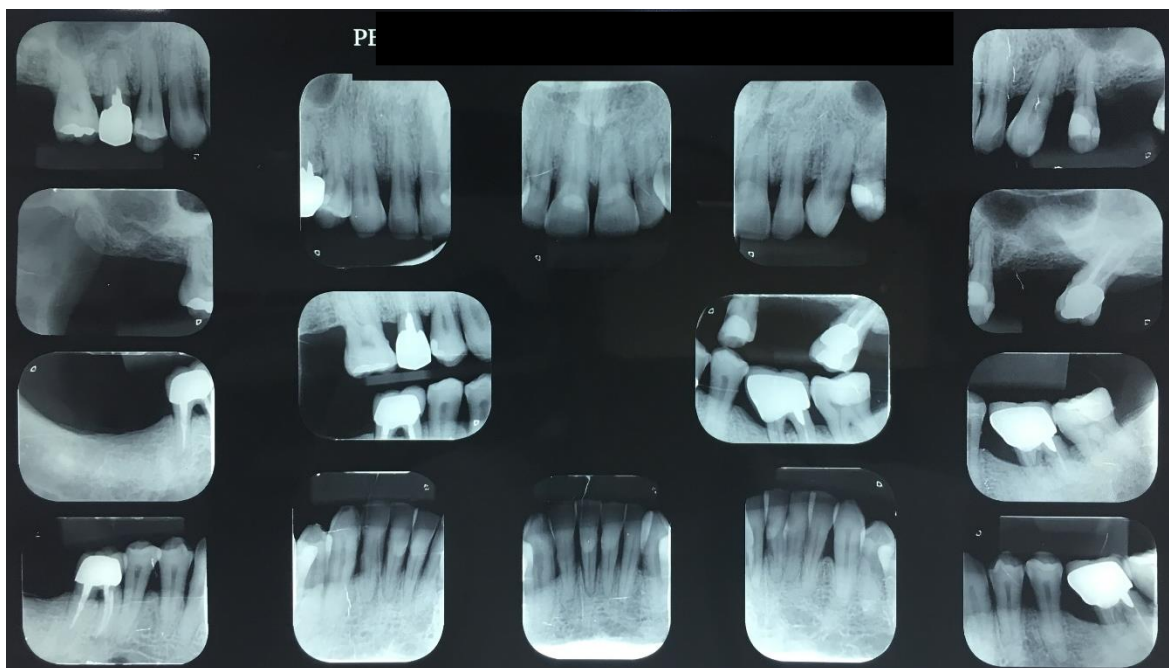
3,3. Portanto, a proporção foi  $> 1$ , sendo compatível com uma periodontite de Grau C, ou seja, taxa rápida de progressão, sem fatores modificadores do Grau.

**Tabela 3.** Exemplo de Grau de periodontite.

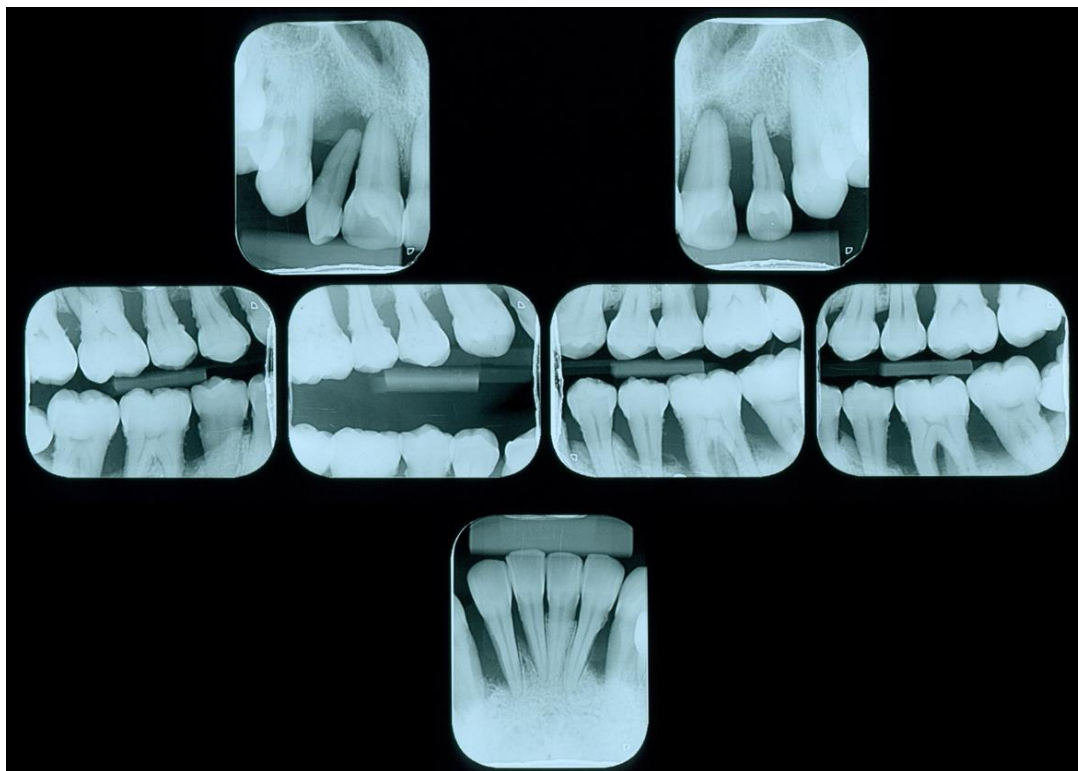
Grau de Periodontite			Grau A	Grau B	Grau C
			Taxa lenta de progressão	Taxa moderada de progressão	Taxa rápida de progressão
<b>Taxa de progressão</b>	Perda óssea/ idade		< 0,25	0,25-1,0	> 1,0
<b>Doença sistêmica</b>	Fatores de risco sistêmicos	Tabagismo	Não fumante	Fumante <10 cigarros/dia	Fumante $\geq 10$ cigarros/dia
		Diabetes	Normoglicêmico, com ou sem diagnóstico prévio de diabetes	HbA1c < 7,0 em pacientes diabéticos	HbA1c $\geq 7,0$ em pacientes diabéticos



**Figura 1.** Exame radiográfico periapical de paciente com 60 anos de idade, fumante “pesado” e com diabetes.



**Figura 2.** Exame radiográfico periapical e interproximal de paciente com 27 anos de idade, não fumante e sem doença sistêmica metabólica.



Deve ser destacado que, da mesma maneira que na classificação de 1999, a presença de inflamação (sangramento/ supuração) e a profundidade de sondagem não entram no método de identificação/ diagnóstico da periodontite. Entretanto, uma nova descrição de saúde no periodonto reduzido, complementam a informação naqueles casos em que o indivíduo já foi tratado ou se naqueles casos em que há retrações gengivais por traumatismo de escovação, por exemplo.

Na nova classificação, a saúde periodontal pode ser identificada em 4 estágios com base também na perda de inserção (LANG & BARTOLD, 2018). Os estágios são:

- Saúde periodontal **original**: ausência total de inflamação e sem perda de inserção ou óssea.
- Saúde periodontal **clínica**: ausência ou níveis mínimos de inflamação clínica em periodonto com suporte normal.
- **Estabilidade** de doença periodontal: em um periodonto reduzido (Figura 3).
- Doença periodontal **controlada/ em remissão**: em um periodonto reduzido (Figura 4).

**Figura 3.** Paciente com saúde periodontal (estabilidade de doença periodontal) apesar de apresentar perda de inserção, a qual é evidenciada através da presença de retrações gengivais nas faces vestibulares de incisivos inferiores, caninos e pré-molares.



**Figura 4.** Paciente apresenta sucesso após o tratamento periodontal. Portanto, classificado como doença periodontal controlada/ em remissão.



Como discutido, a proposta de estadiamento e graduação da periodontite fornece uma avaliação individual do paciente, classificando-o através de 2 dimensões, além da gravidade e da extensão da doença, identificando a **complexidade** de manejo e o **risco** do caso em exibir mais progressão e/ ou responder menos previsivelmente à terapia periodontal padrão. A proposta de estratificação de risco é baseada em fatores de risco bem validados, incluindo tabagismo, diabetes tipo II não controlada, evidência clínica de progressão ou diagnóstico de doença em idade precoce, e gravidade da perda óssea relativa à idade do paciente (TONETTI et al., 2018).

**Esclarecimento:** Todas as imagens, fotografias clínicas e radiografias, apresentadas são de pacientes atendidos na Odontologia da Unigranrio, os quais deram seus consentimentos para divulgação para fins acadêmicos.

### **Referências Bibliográficas**

Albandar J. M., Susin C., Hughes F. J. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol* 45 (20): S171-S189, Jun 2018.

Armitage G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol* 4(1): 1-6, Dec 1999.

Berglundh T., Armitage G., Araujo M. G., Avila-Ortiz G., Blanco J., Camargo P. M. et al. Peri-implant diseases and conditions: Consensus report of workgroup 4 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* 45 (20): S286-S291, Jun 2018.

Caton J. G., Armitage G., Berglundh T., Chapple I. L. C., Jepsen S., Kornman K. S. et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions - Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Periodontol* 89 (1): S1-S8, Jun 2018.

Cortellini P., Bissada N. F. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol* 45 (20): S190-S198, Jun 2018.

Fan J., Caton J. G. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol* 45 (20): S199-S206, Jun 2018.

Holmstrup P., Plemons J., Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *J Clin Periodontol* 45 (20): S28-S43, Jun 2018.

Jepsen S., Caton J. G., Albandar J. M., Bissada N. F., Bouchard P., Cortellini P. et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* 45 (20): S219-S229, Jun 2018.

Lang N. P., Bartold P. M. Periodontal health. *J Clin Periodontol* 45 (20): S9-S16, Jun 2018.

Papapanou P. N., Sanz M., Buduneli N., Dietrich T., Feres M., Fine D. H. et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol* 45 (20): S162-S170, Jun 2018.

Renvert S., Persson G. R., Piri F. Q., Camargo P. M. Peri-implant health, peri-implant mucositis, and peri-implantitis: Case definitions and diagnostic considerations. *J Clin Periodontol* 45 (20): S278-S285, Jun 2018.

Tonetti M. S., Greenwell H., Kornman K. S. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol* 45 (20): S149-S161, Jun 2018.