

IMPORTÂNCIA DA TERAPIA DE SUPORTE PARA A SAÚDE PERIODONTAL

BARROS, Diego Leite¹

FRANCO, Marcela Mayana Pereira²

PAIXÃO, Flávia Carvalho de Oliveira³

FREITAS, Samantha Ariadne Alves de⁴

SANTANA, Ivone Lima⁵

PEREIRA, Adriana de Fátima Vasconcelos^{6*}

Resumo: O tratamento periodontal está baseado na remoção do biofilme bacteriano, que é o fator primário para as doenças periodontais. Procedimentos como instrução de higiene bucal, eliminação de fatores retentivos de placa, raspagem supra e subgingival, alisamento radicular e polimento coronário são fundamentais para a obtenção da saúde periodontal. Dentro desse contexto, a colaboração do paciente no controle do biofilme bacteriano é de fundamental importância. Sem a manutenção periodontal, torna-se impossível manter os benefícios alcançados pela terapia periodontal ativa. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura sobre o papel da terapia periodontal de suporte para controle e longevidade da saúde periodontal. Concluiu-se que terapia periodontal de suporte é um fator crucial para reavaliar a saúde do periodonto após tratamento ativo, traçar o perfil dos pacientes colaboradores, identificar os fatores difíceis e estabelecer as condutas para obtenção da cooperação consciente.

Descritores: Doenças periodontais; Tratamento; Manutenção.

Abstract: Periodontal treatment is based on the removal of biofilm, which is the primary factor for periodontal diseases. Procedures as oral hygiene instruction, supragingival and subgingival scaling, elimination of plaque retentive factors, root planing and polishing are important for periodontal health. From this context, the patient's compliance in the control of bacterial biofilms is relevant. Without periodontal maintenance, it makes impossible to maintain the benefits achieved by active periodontal therapy. Thus, the aim of this study was to review the literature on the role of supportive periodontal therapy to the control and longevity of periodontal health. It was concluded that supportive periodontal therapy is a crucial factor to evaluate periodontal health after active treatment, find out the compliant patients profile, identify difficult factors and establish the approach to reach compliance.

Descriptors: Periodontal diseases; Treatment; Maintenance.

INTRODUÇÃO

O tratamento da doença periodontal está baseado na remoção e/ou eliminação do biofilme bacteriano por meio de instruções de higiene bucal, raspagem supra e subgingival, alisamento radicular e polimento coronário. Contudo, sem a manutenção do tratamento periodontal, torna-se impossível manter os benefícios alcançados pela terapia periodontal ativa^{5,31}.

A manutenção periodontal ou terapia periodontal de suporte deve ser iniciada após o tratamento periodontal ativo e realizada em intervalos variados de tempo, de acordo com a necessidade

de cada caso, visando à longevidade da dentição. Alguns termos para essa fase da terapia foram utilizados como terapia de manutenção periódica²⁸, fase de controle e manutenção²⁹, terapia periodontal de suporte³ e fase de manutenção².

Os principais objetivos dessa terapia são: minimizar a recorrência e progressão da doença periodontal, reduzir a incidência de perda dentária, aumentar a probabilidade de localizar e tratar outras doenças ou condições encontradas na cavidade oral¹.

Considerando não haver dúvidas sobre a necessidade dos retornos periódicos para o sucesso do tratamento periodontal, torna-se crucial abordar, por meio de uma revisão da literatura, a terapia

¹ Graduado em Odontologia, Universidade Federal do Maranhão.

² Mestre em Odontologia, Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Maranhão.

³ Mestranda em Odontologia, Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Maranhão.

⁴ Mestranda em Odontologia, Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Maranhão.

⁵ Doutora em Odontologia, Professora Adjunta de Prótese, Departamento de Odontologia 1, Universidade Federal do Maranhão.

⁶ Doutora em Odontologia, Professora Adjunta de Periodontia, Departamento de Odontologia 2, Universidade Federal do Maranhão.

periodontal de suporte enfocando os períodos regulares de rechamadas, perfil dos pacientes colaboradores, assim como resultados plausíveis dessa etapa tão relevante.

RELEVÂNCIA DA TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE

A terapia periodontal de suporte está consagrada como a fase igualmente ou mais importante que os procedimentos da terapia ativa²³. Os benefícios são muitos como redução da perda dental em longo prazo, da profundidade de sondagem e da perda de inserção clínica⁶. Quando um rigoroso programa de cuidados de suporte é implementado após a terapia ativa, a perda do dente é limitado para uma média de cerca de 0,1 por paciente por ano²⁰. Em contraste, de três a seis vezes mais dentes podem ser perdidos se a doença é deixada sem tratamento¹⁸.

O principal objetivo do tratamento de suporte é para evitar a recorrência da doença por meio de cuidados caseiros rigorosos e controle de placa pelo profissional em intervalos regulares, dependendo da condição do paciente¹⁶. As necessidades individuais de retorno e os procedimentos clínicos para cada sessão devem ser estabelecidos e, em alguns casos, sítios com atividade de doença devem ser retratados².

Em relação aos pacientes com periodontite, o intervalo de visitas de três meses parece ser o mais adequado inicialmente^{2,15}. Entretanto, como a estabilidade dos tecidos periodontais pode levar até seis meses para se efetivar, durante o período pós-tratamento ativo, não cirúrgico ou cirúrgico, visitas mais frequentes são recomendadas para os cuidados de manutenção.

Após esse período, pode-se adotar intervalos regulares de retorno, sendo essa variação determinada por um ajuste individual baseado na capacidade e motivação do paciente em realizar a higiene bucal, bem como na resposta dos tecidos periodontais à presença de biofilme bacteriano¹⁷.

Dentre os fatores envolvidos na determinação do período de manutenção, pode-se citar: número de dentes, quantidade de cálculo, coope-

ração do paciente em relação à higiene bucal, saúde sistêmica, frequência da manutenção, acesso à instrumentação, história da doença periodontal e a distribuição das bolsas periodontais⁵.

Sem a manutenção periodontal adequada, torna-se impossível sustentar a higidez dos tecidos periodontais alcançados pelo tratamento não cirúrgico e cirúrgico^{1,2}. Assim, deve-se motivar o paciente a manter o tratamento em retornos periódicos, cujos intervalos variam desde um período de 3 meses^{2,15}, 3 a 4 meses², 3 a 6 meses²², 4 a 6 meses¹⁴ e até 18 meses²⁷.

A estabilidade ou a progressão da doença periodontal podem ser avaliadas por estudos longitudinais, que correspondem às melhores ferramentas para investigar os benefícios da terapia periodontal de suporte⁴. As pesquisas para essa avaliação mostram acompanhamento dos pacientes que variam de 36 meses⁸ a 156 meses²⁵.

Os estudos longitudinais também podem determinar se os pacientes são de baixo ou de alto risco para perda dentária durante as rechamadas. Dentro desse contexto, foi realizada uma pesquisa em aproximadamente 67 meses. Amostra foi constituída de 273 pacientes que receberam orientação de higiene bucal, raspagem supragengival e subgengival de todos os sítios com sangramento à sondagem. Os resultados mostraram que 4,2% de todos os dentes foram extraídos durante a terapia periodontal de suporte, sendo que 64% das extrações foram feitas devido a razões periodontais³¹. Em outro estudo, foram avaliados 64 pacientes em 156 meses. A terapia periodontal de suporte foi realizada em intervalos de 3 a 4 meses com orientação de higiene bucal e raspagem, com ou sem tratamento cirúrgico, em sítios específicos. Houve um aumento da profundidade de sondagem entre 1º e 13º ano de 0,6 mm e o controle de placa foi considerado excelente (< 15%). Já em relação ao controle microbiológico, foi feita uma avaliação de 36 meses, com intervalos de 3 a 6 meses, em 13 pacientes que receberam orientação de higiene bucal, raspagem supragengival e subgengival em sítios específicos. Os dados revelaram que o periodontopatógeno *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* persiste

tiu em seis indivíduos e houve ligeiro aumento na profundidade de sondagem e perda de inserção em todos os indivíduos²⁵.

COOPERAÇÃO DO PACIENTE

Manter a saúde periodontal não é uma tarefa fácil. A responsabilidade da manutenção é tanto do paciente, como do Periodontista. O maior índice de abandono ocorre no primeiro ano após o tratamento ativo^{21,23}. Pode-se considerar que as mulheres, os jovens e os indivíduos pertencentes à classe sócio-econômica alta estão entre os maiores cooperadores à manutenção periodontal, enquanto que os pacientes com prognóstico inicial desfavorável, aqueles que necessitam de retornos em intervalos menores e os fumantes são os menos cooperadores à manutenção periodontal¹¹.

De acordo com uma pesquisa realizada com 420 pacientes da Faculdade de Odontologia da USP, de março de 1998 a dezembro de 2003, apenas 20,23% dos indivíduos retornaram regularmente para manutenção, 9,04% retornaram irregularmente e 70,71% abandonaram ou nunca retornaram para a manutenção. Houve diferença estatisticamente significativa entre a idade e o tempo de manutenção, entretanto não foi observada associação entre sexo e grau de cooperação⁹.

Em relação à idade, em um período de 10 anos a cooperação consciente foi de 45,8% e 59% dos pacientes menores de 30 anos de idade não retornaram para as consultas de manutenção, mostrando que nem sempre os mais jovens são os mais colaboradores à manutenção²³.

Portanto, reforços positivos, elogios, programas de chamadas por meio de cartas, telegramas, telefonemas e correios eletrônicos, informações constantes acerca da doença periodontal, simplificação dos procedimentos e boa relação profissional-paciente são artifícios de extrema importância para motivar os pacientes a manter sua saúde periodontal e retornar em prazos estabelecidos pelo profissional às consultas de manutenção³⁴.

Na verdade, a maioria dos adultos não pode seguir uma rotina adequada de cuidados em casa, o que inclui o uso de dispositivos interdentais, como

o fio dental e escova¹². Isto pode ser explicado pelo fato de que interdental limpeza é tecnicamente exigente e demorada. Por conseguinte, auxílio químico é muitas vezes considerado pelo paciente para complementar a remoção mecânica do biofilme⁷.

Um estudo duplo-cego randomizado teve o propósito de avaliar a eficácia clínica e microbiológica de 50 pacientes em fase de terapia periodontal de suporte. 50 pacientes foram divididos aleatoriamente em dois grupos: o grupo placebo (remoção mecânica do biofilme) e um segundo grupo (enxaguatório bucal, Listerine®; Johnson & Johnson, New Brunswick, NJ, USA) e realizava remoção mecânica do biofilme. Foram realizados índice de placa, índice de sangramento à sondagem, profundidade de sondagem e foram obtidas amostras de biofilme subgengival. Foram quantificadas *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola*, *Micromonas micros*, *Prevotella intermedia*, *Fusobacterium genus* e *Streptococcus mutans* por meio de PCR em tempo real. A satisfação do paciente também foi considerada. Ao final de três meses, não houve diferenças significantes entre os dois grupos¹⁰.

PROCEDIMENTOS CLÍNICOS NA TERAPIA PERIODONTAL DE SUPORTE

O controle de biofilme supragengival é capaz de alterar a microbiota subgengival em sítios doentes, diminuindo a resposta inflamatória ao acúmulo de biofilme. Por outro lado, a ausência de um controle de biofilme bacteriano adequado pode resultar na recolonização da região subgengival por microorganismos periodontopatógenos, comprometendo o estado de saúde obtido com o tratamento²⁶.

Acredita-se que monitorar longitudinalmente as alterações do nível de inserção clínica seria o ideal para verificar estabilidade periodontal ou a progressão da doença⁴. No tocante à perda dentária, esta tem sido demonstrada inversamente proporcional à frequência da terapia periodontal de suporte em alguns pacientes⁵.

A terapia periodontal de suporte é um componente bem estabelecido para o acompanhamento em

longo prazo da periodontite. No entanto, a fase de manutenção é muitas vezes parcialmente bem-sucedida. Foi demonstrado que 50% de bolsas com sangramento não melhoram após reinstrumentação³⁰. Além disso, a persistência de sangramento aumenta o risco de progressão da doença e perda do dente¹⁹.

Evidências indicam que bolsas onde são utilizados antimicrobianos após raspagem subgengival têm benefício adicional em comparação à instrumentação mecânica isolada¹³. Além disso, a instrumentação com uso de ultrassom associada à instrumentação subgengival manual parece ser muito eficiente na cura periodontal que apenas a instrumentação manual^{32,33}.

Um estudo multicêntrico testou a administração adjuvante de uma substância de ensaio (doxyciclina gel) aliada ao debridamento ultrassônico junto à instrumentação manual em pacientes em fase de terapia periodontal de suporte. Este estudo duplo-cego avaliou 202 pacientes portadores de periodontite recorrente. Eles foram aleatoriamente separados em um grupo para instrumentação ultrassônica aliada à administração da substância em todas as bolsas residuais maiores ou iguais a 4 mm. No outro grupo, não foi administrada a substância teste. Diferenças entre os grupos na profundidade de sondagem e redução do índice de sangramento à sondagem foram avaliadas aos 3, 6 e 12 meses. Concluíram que a substância de ensaio testada pôde fornecer benefícios de curto prazo no controle da inflamação de bolsas periodontais em pacientes tratados participando da terapia de suporte periodontal e capaz de manter um nível satisfatório de higiene oral^{30,32}.

Outro estudo propôs manobras para auxiliar o debridamento mecânico e a raspagem manual de regiões subgengivais. Os autores questionaram efeitos colaterais das repetidas instrumentações na superfície radicular como perda de estrutura dental e consequente desconforto após o debridamento. O objetivo era determinar os efeitos clínicos e microbiológicos do debridamento radicular comparado com a instrumentação ultrassônica durante a terapia periodontal de suporte. A amostra incluiu 20 pacientes com periodontite crônica durante essa fase do tratamento. O experimento foi

conduzido com o delineamento boca dividida com 2 meses de duração. Sítios com profundidade de sondagem de 5-8mm e sangramento à sondagem em dois quadrantes foram aleatoriamente designados para debridamento subgengival por glicina em pó / polimento ou instrumentação ultrassônica. As variáveis clínicas foram registradas no início do estudo, 14 e 60 dias após o tratamento. A análise microbiológica de espécimes clínicos foi realizada imediatamente antes e após o debridamento, 2 e 14 dias após o tratamento. Os autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os procedimentos de tratamento em qualquer um dos intervalos de exames³³.

Os efeitos em longo prazo dos tratamentos periodontais têm demonstrado que a terapia periodontal de suporte constitui-se no único meio de garantir a manutenção da saúde periodontal e que esta fase deve ser planejada e ajustada a cada nova consulta, com base na estabilidade clínica e nas necessidades individuais dos pacientes²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, pode-se concluir que a terapia periodontal de suporte é necessária para reavaliar a saúde do periodonto após tratamento ativo, traçar o perfil dos pacientes colaboradores, identificar os fatores dificultosos e estabelecer as condutas para obtenção da cooperação consciente.

REFERÊNCIAS

1. American Academy Of Periodontology. Parameter on Periodontal Maintenance. J Periodontol. 2000; 71: 849-50.
2. American Academy Of Periodontology. Position paper: Periodontal maintenance. J Periodontol. 2003; 74: 1395-1401.
3. American Academy Of Periodontology. Position paper: Supportive periodontal therapy. J Periodontol. 1998; 69: 502-6.
4. Armitage GC. Manual periodontal probing in supportive periodontal treatment. Periodontol 2000. 1996; 12:33-39.

5. Axelsson P, Nystrom B, Lindhe J. The long-term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults: Results after 30 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2004; 31:749-757.
6. Bostanci HS, Arpak MN. Long-term evaluation of surgical periodontal treatment with or without maintenance care. *J Nihon Univ School of Dent*. 1991; 33:152-59.
7. Brex M. Strategies and agents in supragingival chemical plaque control. *Periodontol 2000*. 1997;15:100-108.
8. Buchmann R, Müller RF, Heinecke A, Lange DE. Actinobacillus actinomycetem-comitans in destructive periodontal disease. Three-year follow-up results. *J Periodontol*. 2000; 71:444-453.
9. Carvalho VF, Fukuda CT, Okuda OS, Bernardo CC, Pannuti CM, De micheli G. Avaliação da cooperação aos retornos dos pacientes em manutenção periodontal. *Rev Periodontia*. 2005;15:5-9.
10. Cosyn J, Princen K, Miremadi R, Decat E, Vanechoutte M, De Bruyn H. A double-blind randomized placebo-controlled study on the clinical and microbial effects of an essential oil mouth rinse used by patients in supportive periodontal care. *Dent Hyg*. 2013;11: 53-6.
11. Demetriou N, Tsami-Pandi A, Parashis A. Compliance with supportive periodontal treatment in private periodontal practice. A 14-year retrospective study. *J Periodontol*. 1995; 66:145-49.
12. Fenol A, Mathew S. Compliance to recall visits by patients with periodontitis - Is the practitioner responsible? *J Indian Soc Periodontol*. 2010;14:106-8.
13. Hanes PJ, Purvis JP. Local anti-infective therapy: pharmacological agents. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003;8:79-98.
14. Hirschfeld L, Wasserman B. A long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol*. 1978;49:225-37.
15. Hugoson A, Norderyd O. Has the prevalence of periodontitis changed during the last 30 years? *J Clin Periodontol*. 2008; 35:338-45.
16. Kalsbeek H, T ruin GJ, Poorterman JH, van Rossum GM, van Rijkom HM, Verrips GH. Trends in periodontal status and oral hygiene habits in Dutch adults between 1983 and 1995. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2000; 28:112-118.
17. Lang NP. Terapia periodontal de suporte. IN: Lindhe J, Lang NP, Karring T. Tratamento de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1247-1270, 2010.
18. Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan laborers 14 to 46 years of age. *J Clin Periodontol*. 1986;13: 431-445.
19. Matulienė G, Pjetursson BE, Salvi GE, Schmidlin K, Brägger U, Z wahlen M, et al. Influence of residual pockets on progression of periodontitis and tooth loss: results after 11 years of maintenance. *J Clin Periodontol*. 2008;35:685-695.
20. Mcfall WT. Tooth loss in 100 treated patients with periodontal disease. A long-term study. *J Periodontol*. 1982;53: 539-549.
21. Mendonza Ar, Newcomb Gm, Nixon KC. Compliance with supportive periodontal therapy. *J Periodontol*. 1991;62:731-36.
22. Montebugnoli L, Servidio D, Miaton RA, P rati C, Tricoci P, Melloni C, et al. Periodontal health improves systemic inflammatory and haemostatic status in subjects with coronary Herat disease. *J Clin Periodontol*. 2005; 32: 188-92.

23. Novaes Jr AB, Novaes AB. Compliance with supportive periodontal therapy. Part II. Risk of non-compliance in a 10-year period. *Braz Dent J.* 2001; 12: 47-50.
24. Pereira AFV, Paiva MTA, Costa LA, Frota PHDB, Santos FFC, Leite SAM. Visão crítica da fase de manutenção no contexto da terapia periodontal. *Odontol Clín-Cient.* 2011;10:25-29.
25. Ramberg P, Rosling B, Serino G, Hellström MK, Socransky SS, Lindhe J. The long-term effect of systemic tetracycline used as an adjunct to non-surgical treatment of advanced periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2001;28: 446-452.
26. Renvert S, Persson GR. Supportive periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 2004; 36:179-95.
27. Rosén B, Olavi G, Birkhed D, Edvardsson S, Egelberg J. Effect of different frequencies of preventive maintenance treatment on periodontal conditions. 5-year observations in general dentistry patients. *J Clin Periodontol.* 1999; 26: 225-33.
28. Schallhorn RG, Snider LE. Periodontal maintenance therapy. *JADA.* 1981; 103: 227-231.
29. Todescan JH. Controle e manutenção periódicos I. *Periodontia.* 1993; 2: 22-25.
30. Tonetti MS, Lang NP, Cortellini P, Suvan JE, Eickholz P, Fourmouls I, et al. Effects of a single topical doxycycline administration adjunctive to mechanical debridement in patients with persistent/recurrent periodontitis but acceptable oral hygiene during supportive periodontal therapy. *J Clin Periodontol.* 2012; 39: 475-482.
31. Tonetti MS, Steffen P, Muller-Campanile V, Suvan J, Lang NP. Initial extractions and tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking comprehensive care. *J Clin Periodontol.* 2000; 27: 824-831.
32. Tunkel J, Heinecke A, Flemmig TF. A systematic review of efficacy of machine-driven and manual subgingival debridement in the treatment of chronic periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2002; 2: 72-81.
33. Wennström JL, Dahlén G, Ramberg P. Subgingival debridement of periodontal pockets by air polishing in comparison with ultrasonic instrumentation during maintenance therapy. *J Clin Periodontol.* 2011;38:820-7.
34. Wilson Jr. TG. Compliance and its role in periodontal therapy. *Periodontol 2000.* 1996;12:16-23.

***Autor para correspondência:**

Adriana de Fátima Vasconcelos Pereira

E-mail: adriana.ufma@hotmail.com