

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cavidade oral configura-se por manifestar uma microbiota heterogênea e complexa, tornando-se vulnerável à ocorrência de inflamações e infecções. Entre as doenças orais mais comuns destacam-se as periodontopatias, onde, as crianças e adolescentes representam grupos que são acometidos frequentemente por esta doença. **OBJETIVO:** realizar uma revisão de literatura a respeito das periodontopatias em crianças e adolescentes, com intuito de sinalizar a sintomatologia, estudar os diagnósticos e tratamentos, além de observar como orientar os meios de prevenção. **MATERIAL E MÉTODOS:** Este artigo é uma revisão de literatura narrativa. Foram selecionados 3 livros e 25 artigos de pesquisa publicados no Banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados da Bireme e Scielo, publicados entre os anos de 2000 à 2018, nos idiomas português e inglês. **CONCLUSÃO:** Foi possível concluir que a ocorrência da doença periodontal em crianças e adolescentes é frequente. Esta ocorrência se torna ainda mais frequente com o avançar da idade do indivíduo, causando um impacto negativo na saúde bucal e qualidade de vida do mesmo, portanto o atendimento precoce torna-se o meio mais eficiente de prevenção às periodontopatias.

Descritores: Gengivite; Odontopediatria; Periodontopatias.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The oral cavity is characterized by manifesting a heterogeneous and complex microbiota, becoming vulnerable to the occurrence of inflammation and infections. Among the most common oral diseases are periodontopathies, where children and adolescents represent groups that are frequently affected by this disease. **OBJECTIVE:** The aim of this study was to review the literature on periodontal diseases in children and adolescents, in order to signal symptoms, study diagnoses and treatments, and observe how to guide the means of prevention. **MATERIAL AND METHOD:** This article is a review of narrative literature. We selected 3 books and 25 research articles published in the Virtual Health Library Database, in the Bireme and Scielo databases, published from 2000 to 2018 in Portuguese and English.

CONCLUSION: It is possible to conclude that the occurrence of periodontal disease in children and adolescents is frequent. This occurrence becomes even more frequent with advancing age, causing a negative impact on oral health and quality of life, so early care becomes the most efficient way to prevent periodontal disease.

Descriptors: Gingivitis; Pediatric Dentistry; Periodontal Diseases.

Introdução

A cavidade oral configura-se por manifestar uma microbiota heterogênea e complexa, tornando-se vulnerável à ocorrência de inflamações e infecções. Entre as doenças orais mais comuns destacam-se as periodontopatias, intituladas de gengivite, quando a inflamação acomete apenas a gengiva e a periodontite, que além de gengiva também afeta os tecidos de suporte dos dentes. Estas enfermidades são impulsionadas pelo acúmulo de biofilme dental, e caso não tratadas tendem a progredir e causar prejuízos irreparáveis aos tecidos, podendo ocorrer a indicação de exodontia¹.

Os casos de periodontite são mais comuns entre o grupo dos adultos, sendo raro o acometimento em crianças e adolescentes, estes são mais afetados pelo estágio inicial da doença (gengivite), quando esta evolui para o quadro mais grave (periodontite), tem como característica apresentar um quadro bem mais rápido de evolução da doença, assim como uma maior agressividade desta, podendo estes pacientes estar acometidos com doenças sistêmicas ou tendência genética para esta situação².

As crianças e adolescentes também representam grupos que são acometidos por doenças no tecido periodontal, tal situação pode ser fundamentada levando-se em consideração que é comum para estas classes uma dieta que contém altos valores de açúcares e carboidratos, acrescido de práticas errôneas de higiene oral e carência de conhecimento quanto às maneiras de prevenção de saúde oral. Por sua vez, vale então ressaltar a importância do cirurgião-dentista conhecer os fatores determinantes, os métodos de prevenção e formas de tratamento destas afecções³.

Sendo assim, realizou-se uma revisão de literatura a respeito das periodontopatias em crianças e adolescentes, com intuito de sinalizar a sintomatologia e estudar os diagnósticos e tratamentos, além de observar como orientar os meios de prevenção. A intenção também será enriquecer a literatura e contribuir com a ciência e com pesquisadores da área, ou até mesmo novos interessados no tema.

Materiais e Métodos

Este artigo é uma revisão de literatura narrativa. Foram selecionados 2 livros e 23 artigos de pesquisa publicados no Banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, nas bases de dados da Bireme e Scielo; nos idiomas português e inglês.

Foram incluídos artigos de estudos científicos em texto completo com temas de gengivite e periodontite em crianças e adolescentes, com idade entre 4 a 12 anos de idade, publicados entre os anos de 2000 a 2018, realizados com amostra mínima de 20 pessoas.

Foram excluídos artigos dos anais de resumos de congressos; livros que não sejam de Periodontia e Odontopediatria; e monografias de graduação e especialização.

Resultados

A gengiva, o ligamento periodontal, o cimento radicular e o osso alveolar são elementos que constituem o periodonto. Dentre eles, a gengiva é parte integrante da mucosa mastigatória composta por uma camada superficial de epitélio e uma camada subjacente de tecido conjuntivo denominado também de lâmina própria. Recobre a margem cervical dos elementos dentários e toda a porção do processo alveolar. Pode ser diferenciada em gengiva marginal livre, aquela que se encontra nas faces vestibular e lingual dos elementos, limitando-se no sentido apical com a ranhura gengival livre, na altura da junção cimento-esmalte e em gengiva marginal inserida, compreendida na continuação da gengiva livre, limitada apicalmente pela junção mucogengival⁴.

Nos grupos de crianças e adolescentes, a doença periodontal tem como principal fator etiológico o acúmulo da placa bacteriana associada aos fatores locais irritativos como a posição errônea dos dentes e a utilização de aparelhos ortodônticos, podendo ainda ser agravada por fatores sistêmicos como a puberdade, doenças, medicamentos e má nutrição⁵.

As características clínicas iniciais da doença periodontal neste grupo referem-se à alteração dos tecidos que a gengivite causa. Entre as características deste estágio estão o sangramento espontâneo, gengiva edemaciada e mudança de cor desta gengiva para um vermelho vivo, radiograficamente não apresenta alterações. Vale ressaltar que esta fase pode ser regredida com facilidade se ações que eliminem a flora microbiana forem realizadas o mais breve possível ao diagnóstico⁶.

Durante a fase da adolescência é comum que ocorra aumento da prevalência de gengivite sem que seja necessário ter um aumento da quantidade de placa dental acumulada, pois, de acordo com JAFRI⁷, neste período ocorre uma exacerbação da resposta tecidual aos irritantes locais devido a alterações hormonais advindas desta fase. Estas reações inflamatórias aumentadas na presença de placa bacteriana são fundamentadas devido o grau de aumento dos hormônios nesse período, onde nas mulheres há o aumento do estradiol e nos homens o aumento da testosterona^{8,9}.

GUEDES-PINTO¹⁰,ressaltou que existem algumas diferenças clínicas da gengiva da criança em relação ao adolescente, onde na fase de dentição permanente completa as características gengivais assemelham-se às do adulto jovem; já a criança, torna-se mais difícil estabelecer um padrão específico já que apresenta modificações gengivais constantes devido aos processos de esfoliação e erupção frequentes. Nota-se nas características de normalidade da gengiva do adolescente a ausência de sangramento, exsudato, dor e de mobilidade. Contudo, pode-se ressaltar, de acordo com o Quadro 1, abaixo: (Figura 1).

Para que seja realizado um correto diagnóstico da doença periodontal na criança e no adolescente, é imprescindível que o profissional tenha conhecimento acerca das características clínicas da gengiva saudável. No primeiro contato é fundamental a realização de uma anamnese minuciosa, que deve ser feita diretamente com os pais ou responsáveis do paciente, a fim de recolher informações pregressas e atuais da saúde do paciente. Posteriormente, um cuidadoso exame intra oral também deve ser realizado e seus achados, relacionados com a anamnese¹¹.

No que diz respeito a prevenção realizada no consultório, durante as consultas periódicas, o cirurgião-dentista pode utilizar de técnicas auxiliares para higiene bucal, como profilaxia e irrigadores supragengivais. Nos adolescentes já há a possibilidade de ser realizado o exame periodontal completo, com evidência radiográfica, e investigação de perda de inserção⁸.

Em 2004, o Ministério da Saúde realizou um levantamento epidemiológico sobre saúde bucal, onde os resultados obtidos mostraram que 6,38% das crianças com idade de 5 anos, apresentaram alterações gengivais e entre os adolescentes de 15 a 19 anos de idade o índice foi de 18,77% ¹².

A periodontite agressiva tem prevalência mais baixa em indivíduos jovens em relação a adultos¹³, onde a maior parte das pesquisas expõem em seus resultados que a incidência é maior nos indivíduos de doze aos dezessete anos, na medida em que se contrasta àqueles entre cinco e onze anos de idade, ou seja, o predomínio e severidade da doença aumentam de acordo com a faixa etária, esta situação é relacionada ao tempo de desgaste do tecido periodontal. Quanto da realização do tratamento, é importante a remoção dos fatores, locais ou sistêmicos, com isso, inicialmente se deve realizar a terapia básica periodontal, com o objetivo de realizar o controle ou remover a placa bacteriana com intuito de diminuir a inflamação, posteriormente deve-se iniciar a fase de manutenção, que tem como função a prevenção de uma recidiva da doença, que é realizada através de consultas periódicas para reavaliação; a quantidade e tempo de volta do paciente é definida de acordo a necessidade do indivíduo⁸.

A prevenção das periodontopatias é um foco de atuação muito importante para o cirurgião-dentista, alguns pontos como a higiene bucal, má oclusão, dieta, microbiota e condição sistêmica, são facilmente associados ao aparecimento da doença periodontal e ao seu grau de severidade, na adolescência o aparecimento pode ser rotineiramente ligado às alterações hormonais e a fase da puberdade que aquele paciente está passando⁶.

DISCUSSÃO

Segundo ALBANDAR¹⁴, a forma mais comum da doença periodontal entre crianças e adolescentes é gengivite crônica manifestada através da placa bacteriana que se acumula e se localiza na gengiva marginal, trata-se de uma doença de caráter reversível. De acordo com estatísticas vistas em alguns estudos sua prevalência aumenta de acordo com a idade do indivíduo. Em crianças e adolescentes as causas mais comuns são os fatores como a exfoliação e erupção dental e fatores modificadores como puberdade e respiração oral¹⁵.

A gengivite crônica apresenta sinais clínicos de inflamação no tecido gengival bem pronunciados, como a mudança do seu contorno, cor e consistência¹⁶. O tratamento da mesma é de fácil solução com orientações básicas de higiene oral e se necessário uma terapia básica periodontal com raspagem supra e subgengival¹⁷.

Quanto à periodontite agressiva, os grupos mais acometidos são os de crianças e adolescentes; geralmente surge durante a puberdade, caracterizando-se por ter uma evolução rápida e sua severidade é considerada grave onde apresenta sinais como sangramento espontâneo, supuração e recessão gengival com grande destruição dos tecidos de suporte dental havendo probabilidade de perda dos elementos dentários¹³.

Segundo Lindhe⁴, a periodontite agressiva não tem relação com a quantidade presente de placa bacteriana nos elementos dentais. De acordo com alguns estudos, este tipo de doença periodontal apresenta um comportamento de acometimento em indivíduos da mesma família, sugerindo que a genética é um possível fator na etiologia da mesma¹⁸.

Quanto à terapêutica, deve-se controlar a infecção com a terapia básica periodontal através de raspagem e alisamento supra e subgengival, também são citadas em alguns estudos terapias cirúrgicas e recomendações de utilização de antibioticoterapia, onde são indicados como de primeira escolha a amoxicilina associada à metronidazol¹⁹. Deve-se incluir a estes pacientes um tratamento com foco na orientação de higiene oral e terapia básica periodontal com raspagem e alisamento dos elementos dentais envolvidos²⁰.

No que tange a periodontite crônica, esta trata-se de uma inflamação do periodonto caracterizada por ser o tipo mais frequente da periodontite, tem maior prevalência nos adultos, mas também acomete as crianças e adolescentes, sua ocorrência é maior com o aumento da idade, é ligada a quantidade de placa bacteriana acumulada nos elementos dentais, tendo uma evolução lenta^{21,14}.

De acordo com Cortelli¹³, a periodontite crônica é uma progressão da gengivite não tratada, afetando os tecidos de suporte dos dentes causando inflamação do

periodonto de inserção e proteção, gerando perda de osso alveolar, cemento e ligamento periodontal. Alguns fatores influenciam na sua progressão como: idade; profundidade de bolsa; patogenicidade das bactérias colonizadas; extensão da perda de inserção e óssea. Apresenta os mesmos sinais clínicos da gengivite, e também mau hálito, mobilidade dental e recessão gengival²². O tratamento correto desta periodontite se inicia com uma terapia periodontal básica, que conta com instruções de higiene oral, raspagem e alisamento supra e subgengival, e também a remoção dos fatores locais que geram o acúmulo de placa bacteriana, caso seja necessário também é indicado o uso de antibióticos, dependendo do grau da doença²¹.

As doenças periodontais necrosantes são mais raras, mas não deixam de ser clinicamente significativas, por ela ser agressiva, aguda e rápida, se torna uma das doenças mais graves que tem como causa a placa bacteriana. Tem como principais características, dor, necrose gengival em região de margem e papilas interdentais, sangramento gengival, o paciente pode também apresentar sintomas sistêmicos, como febre, mal-estar e mau hálito^{23,17}.

O tratamento da periodontite necrosante é realizado em duas etapas: da fase aguda e da manutenção. O tratamento da fase aguda é realizado com profilaxia, raspagem supra e subgengival, realizado com delicadeza nos dentes com gengiva ulcerada, controle biomecânico de placa bacteriana, e uso de antibioticoterapia, se necessário. A manutenção é realizada com visitas periódicas, tratamentos periodontais necessários, e controle químico e mecânico da placa bacteriana^{24,20}.

A respiração bucal é um dos hábitos deletérios mais comuns, sendo uma alteração do padrão de respiração normal. O respirador bucal apresenta deficiências nos mecanismos de defesa dos tecidos orais, feitos pela saliva, resultando em maior risco de desenvolvimento de doenças bucais, como as doenças periodontais. A respiração bucal pode desenvolver doenças respiratórias, ronco e apresentar sinais clínicos como olheiras e aspecto de cansaço e assimetria facial²⁵. A gengivite causada por respiração oral tem os mesmos sinais clínicos da gengivite que é causada por placa bacteriana, sendo mais comum a ocorrência nos caninos superiores, o fator que causa o acúmulo de placa bacteriana é a deficiência de saliva e a exposição da placa bacteriana ao ar¹.

É de grande importância que o cirurgião-dentista em associação com os pais e responsáveis pela criança estejam atentos aos sinais clínicos que a respiração oral apresenta para que o diagnóstico seja realizado de maneira rápida e eficaz, contribuindo assim para a melhor decisão dos meios de prevenção e intervenção da mesma^{16,19}.

Conclusão

Através da literatura consultada, foi possível concluir que a ocorrência da doença periodontal em crianças e adolescentes é frequente, podendo esta ser de caráter mais simples, como uma inflamação gengival, ou de natureza mais severa e destrutiva como a periodontite agressiva. Esta ocorrência se torna ainda mais frequente com o avançar da idade do indivíduo, causando um impacto negativo na saúde bucal e qualidade de vida do mesmo.

É importante dar atenção ao atendimento odontológico precoce das crianças, com a intenção de minimizar possíveis doenças periodontais, através da promoção e motivação do paciente para com a saúde oral, uma vez que as doenças periodontais, quando diagnosticadas precocemente, apresentam prognóstico favorável aos dentes e suas estruturas de suporte.

REFERÊNCIAS

1. Bottero E, Ansanelli CSL, Motta RA. Ocorrência de respiração oral em pacientes. Rev. CEFAC. 2005; 9(3): 363-70.
2. Neves MA, Passos AI, Oliveira BFA. Estudos da prevalência e severidade de gengivite em população de baixo nível socioeconômico. 2010; 9(1).
3. Ribeiro AA, Portella M, Souza PI. Relação entre biofilme, atividade de cárie e gengivite em crianças HIV+.Pesq. Odont. Bras. 2002; 16(2).

4. Lindhe J. Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral. Rio de Janeiro: Guanabara 2011.
5. Soares D, Andrade C, Pinto AR, Seabra M, Macho V. Doenças da gengiva e do periodonto em crianças e adolescentes. Acta. Pediatr. Port. 2009; 40(1):23-29.
6. Araújo GM, Sukekava F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. Rev. Period. 2007; 17(2): 7-13.
7. Jafri Z, Bhardwaj A, Sawai M, Sultan N. Influence of female sex hormones on periodontium: A case series. J Nat Sci Biol Med. 2015; 6(3): 146-9.
8. Spezzia, S. Alterações periodontais na adolescência. Braz J Periodontol. 2018; 28(1): 43-47.
9. Otomo-Corgel LJ. Dental management of the female patient. Periodontol. 2000; 61(1): 219-13.
10. Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. São Paulo; 2010.
11. Kumar A, Masamatti SS, Viridi MS. Periodontal diseases in children and adolescents: A clinician's perspective part 2. Dent Update. 2012; 39(9):639-652.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.
13. Cortelli RJ, Cortelli CS. Periodontite crônica e agressiva: prevalência subgengival e frequência de ocorrência de patógenos periodontais. Rev. Biociênc. 2003; 9(2):91-96.
14. Albandar JM. Underestimation of periodontitis in NHANES surveys. J Periodontol. 2011; 82(3): 337-41.

15. Feldens EG, Kramer PF, Feldens CA, Ferreira SH. Distribution of plaque and gingivitis and associated factors in 3- to 5-year-old Brazilian children. *J Dent Child*. 2006; 73(1): 4-10.
16. Garcia GFA, Ferreira JMS, Barbosa AMS. Cárie, gengivite e higiene bucal em pré-escolares. *Rev. Gaúch. Odontol*. 2010; 58(4).
17. Alves C, Andion J, Brandão M, Menezes R. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007; 51(7): 1050-7.
18. Hughes FJ, Syed M, Koshy B, Marinho V, Bostanci N.. Prognostic factors in the treatment of generalized aggressive periodontitis: I. Clinical features and initial outcome. *J Clin Periodontol*. 2006; 33(9): 663-70.
19. Pires JR, Salmon CR, Peres RCR, Spolidório DMP. Periodontite agressiva e seus achados clínicos em família. *Rev Odontol Unesp*. 2005; 34(3).
20. Bertolini PFR, Bionde Filho O, Pomílio A. Medicina periodontal e a mulher: a importância do seu conhecimento para uma abordagem preventiva por ginecologistas/obstetras e cirurgiões-dentistas. *Rev. Ciênc. Méd*. 2007; 16(3):175-185.
21. Almeida CD, Pereira CS, Machado WAS. A relação bidirecional entre doença periodontal e doença renal crônica: da progressão da doença renal crônica à terapia renal substitutiva de diálise. *R. Periodontia*. 2011; 21(1):73-79.
22. Nuto SAS, Marilyn KN, Costa ICC. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3): 681-690.
23. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. *Rev Odontol UNESP*. 2018; 47(4):189-197.

24. Michel M, Kaliane R, Maria CF. Doenças periodontais necrosantes e uso de antimicrobianos como terapia adjunta. *Braz J Periodontol.* 2012; 22(1): 34-44.

25. Nascimento Filho EN, Mayer MPA, Pontes PAL. A respiração bucal é fator de risco para cárie e gengivite?. *Rev. bras. alerg. imunopatol.* 2003; 26(6):243-249.