

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE PACIENTE COM PERIODONTITE NECROSANTE E HIV+: UM RELATO DE CASO

ANDRESSA GONÇALVES MONTEIRO ANDRADE¹; AFONSO DA GAMA²;
MAÍSA CASARIN³

¹Universidade Federal de Pelotas – andressasgra55@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – afonsodagama14@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – maisa.66@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Periodontite Necrosante (PN) é uma doença periodontal aguda que apresenta condições clínicas de início rápido e requer tratamento imediato. O diagnóstico deve ser baseado principalmente em achados clínicos, os quais incluem necrose e úlcera da papila interdental, sangramento gengival, dor, formação de pseudomembrana e halitose (HORNING; COHEN, 1995; STEVENS, *et al.*, 1984). Os sinais extraorais mais relevantes incluem febre, adenopatia e sialorreia (JIMÉNEZ; BAER, 1975). As lesões agudas no periodonto estão entre as poucas situações clínicas em periodontia em que os pacientes procuram atendimento de urgência, principalmente pela dor associada (HERRERA *et al.*, 2018).

Embora a prevalência de doenças periodontais necrosantes (DPN) seja baixa, sua relevância clínica é clara, pois representam as condições mais severas associada ao biofilme dental, levando à uma destruição tecidual rápida (HERRERA *et al.*, 2014). Todavia, vale ressaltar que a progressão, extensão e gravidade da PN está associada com fatores predisponentes, como: desnutrição, estresse psicológico, sono insuficiente, resposta imune do hospedeiro comprometida, higiene oral inadequada, consumo de tabaco e álcool, gengivite preexistente, história prévia de DPN, HIV positivo e idade são considerados condições favoráveis ao desenvolvimento de GN (HERRERA *et al.*, 2018). O Tratamento da PN é dividido em 2 fases, o tratamento da fase aguda com a remoção do biofilme local de maneira delicada e prescrição medicamentosa, e o tratamento da condição preexistente (HOLMSTRUPP; WESTERGAARD, 2010).

As terapias periodontais convencionais podem necessitar de medidas coadjuvantes, a depender da gravidade do quadro clínico (AAP, 2000; JOHNSON; ENGEL, 1986).

Desta maneira, este trabalho irá relatar um caso clínico de PN em uma paciente, que possuía diversos fatores etiológicos predisponentes e apresentou acometimento dos sinais e sintomas da doença, para assim conscientizar os ouvintes acerca do diagnóstico, etiologia e tratamento desta condição.

2. ATIVIDADES REALIZADAS

Paciente do sexo feminino, 41 anos, chegou à Faculdade de Odontologia da UFPel queixando-se de sangramento gengival espontâneo e dor na região inferior da cavidade bucal. Na entrevista dialogada, relatou ser fumante, com diagnóstico de psoríase, HIV+ e em tratamento medicamentoso para ambas. Paciente relatou febre na noite anterior. No exame físico, constatou-se linfadenopatia. No exame clínico bucal, presença de biofilme dental em larga extensão nos elementos dentários, papilas edemaciadas, necrose papilar, sangramento gengival

espontâneo e perda de inserção. Após compilação dos dados obtidos, o diagnóstico foi de Periodontite Necrosante. Diagnosticada com uma lesão aguda do periodonto, o tratamento inicial foi da fase aguda para alívio da dor e desconforto

Diagnosticado com uma lesão aguda do periodonto, o tratamento inicial foi da fase aguda para alívio da dor e desconforto do paciente. Assim, a consulta inicial consistiu em debridamento delicado do local com curetas gracey (Millenium® Golgran, SP/Brasil) e anestésico tópico (Benzotop® DFL, RJ/Brasil). Devido ao comprometimento sistêmico e dor relatados na anamnese, foi prescrito antibiótico sistêmico (Metronidazol 250mg), analgésico (Paracetamol 750mg) e controle químico do biofilme (Digluconato de Clorexidina 0,12%). A paciente foi informada sobre os fatores predisponentes da doença e encaminhada para o infectologista para verificar a condição sistêmica, já que relatou não consultar o médico há mais de 6 meses. Após 7 dias, retornou a clínica sem dor, sem episódios febris, sem linfadenopatia porém com pouca melhora nos parâmetros clínicos periodontais.

A paciente relatou não ter feito o uso do controle químico do biofilme devido a problemas financeiros. Assim nova abordagem foi realizada e a paciente recebeu o controle químico do biofilme.

Após 14 dias desde a procura por atendimento, a mesma apresentou melhoras do quadro clínico periodontal, e iniciou o tratamento da condição pré-existente, onde foi diagnosticada com periodontite estágio IV grau C generalizada, e controle dos fatores predisponentes. Atualmente a paciente esta em tratamento para a condição pré-existente.



Fig. 1 – Aspecto inicial.



Fig. 2 – Acompanhamento de 14 dias.

De acordo com a Academia Americana de Periodontia (AAP, 2000), as doenças periodontais agudas são condições clínicas de início rápido que envolvem

o periodonto ou estruturas associadas e podem ser caracterizadas por dor e/ou desconforto, destruição tecidual e infecção. Em contraste com a maioria das outras condições periodontais, uma rápida destruição dos tecidos periodontais pode ocorrer durante o curso dessas lesões, enfatizando assim a importância de diagnóstico e tratamento imediatos (HERRERA *et al.*, 2018). A PN caracterizada tipicamente por necrose da papila interdental, sangramento gengival e dor, possui fatores pré-disponentes do hospedeiro que são críticos para o desenvolvimento da patologia (HERRERA *et al.*, 2014, 2018). O tratamento da fase aguda deve ser realizada de maneira rápida e eficaz, para aliviar a dor do paciente, reestabelecer saúde, função e qualidade de vida. Na sequência, deve ser realizado o tratamento da condição preexistente (terapia periodontal convencional, com RAP e RASUB) e se necessário, tratamento da sequela com correção da topografia gengival (procedimentos de gengivectomia e/ou gengivoplastia podem ser úteis no tratamento de crateras superficiais; para crateras profundas, a cirurgia de retalho periodontal) (HOLMSTRUPP; WESTERGAARD, 2010). Finalizado esse tratamento o paciente deve realizar consultas de manutenção periódica preventiva periodontal. Ele deve ser alertado e informado dos fatores predisponentes, assim como da possível recidiva se esses fatores não forem controlados.

No relato de caso apresentado a paciente possuía, além de necrose papilar, dor e sangramento, presença de formação de pseudomembrana, halitose, perda de inserção, febre e adenopatia. Ao responder à anamnese, foi percebido que o paciente apresentava condições preexistentes favoráveis ao desenvolvimento da PN, tais como estresse, IHV+, sono insuficiente, consumo regular de tabaco e álcool, higiene oral precária, e encontrava-se dentro da faixa etária de maior prevalência da doença, entre 15 a 34 anos (HORNING; COHEN, 1995; STEVENS, *et al.*, 1984). No entanto, vale ressaltar que a cooperação do paciente é fundamental para a remissão da doença, pois a persistência do acúmulo de placa bacteriana e a manutenção dos fatores etiológicos podem provocar a progressão da doença (HERRERA *et al.*, 2018).

Assim, é relevante observar que o início, gravidade, extensão e progressão da doença periodontal necrosante está associado aos fatores predisponentes e à resposta imune do hospedeiro, sendo necessário um rápido e correto diagnóstico da doença para um tratamento adequado possibilitando reestabelecer saúde, função e qualidade de vida.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar que o profissional precisa compreender a fragilidade do paciente, acolhendo-o e na medida do possível, ser rápido e resolutivo. A PN possui condições clínicas e fatores predisponentes do hospedeiro que caracterizam a doença. Assim, é fundamental a análise clínica para realizar um diagnóstico precoce, orientar sobre a diminuição dos fatores predisponentes e, consequentemente, obter controle da doença para evitar a progressão e destruição tecidual que ocorrem de maneira rápida.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAP. Parameter On Acute Periodontal Diseases. **Journal of Periodontology**, [s. l.], v. 71, n. 5-s, p. 863–866, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.2000.71.5-s.863>

HERRERA, David *et al.* Acute periodontal lesions. **Periodontology** 2000, [s. l.], v. 65, p. 149–177, 2014.

HERRERA, David *et al.* Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. **Journal of periodontology**, [s. l.], v. 89, n. June 2017, p. S85–S102, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/JPER.16-0642>

HOLMSTRUPP, P.; WESTERGAARD, J. Doença periodontal necrosante. *In*: J.;, LINDHE; N.P.;, LANG;; T., KARRING; (org.). **Tratamento de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. 5^a ed.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,p. 439–454, 2010.

HORNING, Gregory M.; COHEN, Mark E. Necrotizing Ulcerative Gingivitis, Periodontitis, and Stomatitis: Clinical Staging and Predisposing Factors. **Journal of Periodontology**, [s. l.], v. 66, n. 11, p. 990–998, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.1995.66.11.990>

JIMÉNEZ, M.; BAER, P. N. Necrotizing Ulcerative Gingivitis in Children : by. **Journal of Periodontology**, [s. l.], v. 46, p. 715–720, 1975.

JOHNSON, Bradley D.; ENGEL, David. Acute necrotizing ulcerative gingivitis. A review of diagnosis, etiology and treatment. **Journal of Periodontology**, [s. l.], v. 57, n. 3, p. 141–150, 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1902/jop.1986.57.3.141>

STEVENS, A. W., Jr *et al.* Demographic and clinical data associated with acute necrotizing ulcerative gingivitis in a dental school population. **Journal of clinical periodontology**, [s. l.], v. 11, n. 8, p. 487–493., 1984.