

Inovação Clínica

Diagnóstico periodontal: um fluxograma de decisão para a nova classificação



Rita P. Costa *, Marta S. Resende, Miguel G. Pinto, Luzia Mendes

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 14 de junho de 2019

Aceite a 6 de dezembro de 2019

On-line a 3 de janeiro de 2020

Palavras-chave:

Classificação

Diagnóstico periodontal

Doença periodontal

Gengivite

Periodontite

Terminologia

R E S U M O

Objetivos: Efetuar uma revisão bibliográfica sobre a nova classificação periodontal e propor um fluxograma clínico, para ser utilizado pelos estudantes de medicina dentária e médicos dentistas.

Métodos: Foram analisados os artigos produzidos no “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”. Foi ainda realizada uma pesquisa complementar nas bases de dados Medline/PubMed, Scielo, Scopus/Elsevier e EBSCO. A pesquisa foi efetuada com a seguinte equação booleana: “periodontal diseases OR periodontitis OR gingivitis AND classification OR terminology OR periodontal diagnosis.

Resultados: Foi elaborado um fluxograma de decisão para doenças periodontais induzidas por placa, nomeadamente a gengivite e periodontite. O fluxograma está concebido em dois níveis. O primeiro pretende auxiliar no diagnóstico periodontal propriamente dito e o segundo na caracterização do estadio, grau e extensão da periodontite.

Conclusões: O fluxograma elaborado é simples, de fácil aplicação e permite uma simplificação do processo de diagnóstico periodontal, permitindo assim a diminuição de erros de diagnóstico. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2019;60(4):189-196)

© 2019 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: ritapereiracosta@hotmail.com (Rita Pereira Costa).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.01.690>

1646-2890/© 2019 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Periodontal Diagnosis: a decision flowchart for the new classification

A B S T R A C T

Keywords:

Classification
Periodontal diagnosis
Periodontal diseases
Gingivitis
Periodontitis
Terminology

Objectives: To make a narrative bibliographic review focused on the new classification of periodontal diseases and propose a clinical decision flowchart to be used by dentistry students and dentists.

Methods: The articles produced on “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions” were analyzed, and a decision flowchart was elaborated. A complementary research was carried out in the databases Medline/PubMed, Scielo, Scopus/Elsevier and EBSCO. The research was done with the following Boolean equation: “periodontal diseases OR periodontitis OR gingivitis AND classification OR terminology OR taxonomy”.

Results: A single decision algorithm was elaborated for plaque-induced periodontal diseases, namely gingivitis and periodontitis. It was designed in two levels: the first to aid in the periodontal diagnosis itself, and the second to aid in the characterization of the stage, degree and extent of periodontitis.

Conclusions: The elaborated flowchart is simple, easy to apply and allows a simplification of the periodontal diagnosis process, thus allowing a reduction of diagnostic errors. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2019;60(4):189-196)

© 2019 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Uma nova reforma do sistema de classificação foi dirigida pela Associação Americana de Periodontologia (AAP) e pela EFP, em novembro de 2017, no evento “The World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions”, o qual decorreu em Chicago. Diversos peritos analisaram as evidências científicas existentes e desenvolveram critérios chave de modo a obterem uma classificação universal, globalmente aceite, capaz de responder às necessidades dos clínicos, permitindo assim a padronização dos conceitos.¹ Foram realizadas alterações significativas na classificação precedente, a classificação de 1999, através do trabalho conjunto de uma equipa com mais de 100 especialistas.

A nova classificação foi criada para dar resposta às fragilidades precedentes, visto que com o contínuo desenvolvimento científico no âmbito da Periodontologia, surge a necessidade de se reformular os sistemas de classificação. O sistema de classificação proposto em 1999 por exemplo, veio substituir o sistema de classificação de 1989, apresentando soluções para alguns aspetos que não agradavam a comunidade científica (a classificação de 1989 não abrangia todas as categorias da doença; não contemplava as doenças gengivais; não tinha em conta as taxas de progressão da doença e a sua relação com a idade). Do mesmo modo, a nova classificação periodontal proposta em 2017, atua em algumas das falhas da classificação de 1999. São exemplos de limitações da classificação de 1999: o facto de esta não permitir classificar casos de recessão e perda de aderência devidas a um historial de periodontite crónica; ao chamar um tipo de periodontite de “agressiva”, pode levar a que se considere, erroneamente, que outros tipos

de periodontite não se possam expressar de forma agressiva; sempre que se perdiam dentes com pior prognóstico periodontal, a severidade da doença na verdade diminuía, à luz da classificação de 1999; sobreposição entre as várias categorias de diagnóstico.

Esta nova classificação, fruto de um grande estudo e entendimento do estado da arte, apresenta-se com um carácter dinâmico, com grande adaptabilidade e foi concebida de maneira a que pudesse ser implementada no ambiente clínico, mas também no âmbito da investigação e de estudos epidemiológicos.²

Este artigo pretende apresentar os conceitos essenciais relativos à nova classificação das doenças periodontais associadas à placa bacteriana e elaborar um só fluxograma simples, rápido e fácil de ser utilizado, para uma tomada de decisão mais eficiente e uma melhor sistematização de conceitos.

A nova classificação periodontal não será abordada na sua totalidade neste artigo, dada a sua extensão. Assim, serão abordadas as alterações mais significativas desta classificação, fundamentais para que os clínicos elaborem diagnóstico periodontal dos seus pacientes.

Métodos

O presente artigo foi elaborado a partir de uma base teórica composta por artigos científicos, obtidos através de bases de dados fidedignas e revistas indexadas.

Para a revisão bibliográfica narrativa foram utilizadas plataformas informáticas de pesquisa PubMed (Medline), Scielo, EBSCO, Elsevier. Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos com texto integral disponível para consulta em

português, inglês e espanhol, publicados entre 1989 e 2019.

A pesquisa foi efetuada através da seguinte equação booleana: “periodontal diseases OR periodontitis OR gingivitis AND classification OR terminology OR periodontal diagnosis”.

A pesquisa pelas bases de dados resultou em 2272 artigos originais. Destes, foram selecionados 45 artigos após a exclusão de 2227 artigos cujos objetivos não se encontravam diretamente relacionados com os objetivos desta revisão narrativa. Dos 45 artigos analisados, 30 foram incluídos na bibliografia deste artigo, após se ter avaliado a pertinência do abstract para a realização deste artigo.

O fluxograma desenvolvido baseou-se na análise dos artigos produzidos no “2017 World Workshop”, publicados no *Journal of Clinical Periodontology*.

Revisão

1. Saúde periodontal

Com a nova classificação, deixa-se de classificar saúde periodontal como ausência absoluta de inflamação gengival, sendo que na verdade existe uma resposta imunológica que se manifesta, essencialmente, por um infiltrado neutrofilico, e que é consistente com saúde gengival clínica. Para ser possível classificar um paciente como sendo portador de saúde periodontal, ao exame clínico, a hemorragia pós sondagem deve ser inferior a 10% (BOP: *bleeding on probing*); ausência de eritema/edema; paciente sem sintomatologia.^{3,4}

Os casos de saúde periodontal podem existir tanto num periodonto intacto, como num periodonto reduzido.

1.1. Saúde periodontal em periodonto intacto

Considera-se Saúde periodontal em periodonto intacto os casos com BOP inferior a 10%; ausência de eritema/edema; paciente sem sintomatologia; ausência de perda óssea não fisiológica.

1.2. PERIODONTO REDUZIDO³

O termo periodonto reduzido foi introduzido, pela primeira vez, nesta última reforma da classificação. Na categoria de periodonto reduzido, estão incluídos pacientes com doença periodontal passada, mas que no momento, se encontra estabilizada, bem como pacientes saudáveis, que têm perda de inserção por motivos não periodontais (p.e., recessão gengival de origem traumática; lesões de cárie cervicais; CAL (*clinical attachment loss*) na face distal do 2.º molar e/ou má posição do 3.º molar; fratura radicular vertical). Os casos de saúde periodontal em periodonto reduzido são caracterizados pela existência de perda de inserção, valores de profundidade de sondagem (PS) baixos (menor ou igual que 3mm), e BOP menor que 10%. São mais suscetíveis os indivíduos cujo fenótipo gengival é do tipo fino, na medida em que a recessão gengival ocorre com maior facilidade.⁵

2. Gengivites^{3,6-8}

Sempre que os valores de BOP são superiores a 10%, e à semelhança do que acontecia com as classificações anteriores, estamos perante um caso de gengivite. À luz da nova classificação, as gengivites dividem-se em dois grandes gru-

pos: as gengivites induzidas por placa e não induzidas por placa, sendo consideradas localizadas ou generalizadas (sempre que afetam menos de 30% e mais de 30% da dentição, respetivamente).

3. Formas de periodontite^{1,2,9-11}

No que diz respeito às formas de periodontite, o mais recente sistema de classificação admite a existência de 3 categorias principais: periodontite necrosante, periodontite como manifestação de doenças sistémicas e a periodontite propriamente dita. Nas classificações precedentes, não eram consideradas as diferenças relativas ao risco de prevalência e progressão das doenças periodontais necrosantes, relativas a pacientes com diferentes fatores predisponentes. Com a nova classificação, estas passam a ser classificadas de acordo com o compromisso sistémico do paciente: periodontite necrosante num paciente medicamente comprometido (condições crónicas severas), pacientes comprometidos de gravidade intermédia e periodontite necrosante em pacientes comprometidos temporariamente. Note-se que podemos estar perante um caso de gengivite necrosante, periodontite necrosante (igual ao anterior, mas com perda óssea rápida) ou ainda estomatite necrosante (ultrapassa os limites gengivais, podendo formar sequestros ósseos).⁹

As periodontites como manifestação de doenças sistémicas devem ser classificadas com base na doença sistémica primária.² Ocorrem maioritariamente devido a distúrbios genéticos, que incluem doenças imunológicas, doenças que afetam a mucosa oral, os tecidos gengivais, e tecido conjuntivo, bem como distúrbios metabólicos e endócrinas. Podem ser adquiridas, ou podem ainda ter etiologia inflamatória.

As alterações mais significativas deste novo sistema de classificação ocorreram ao nível das periodontites propriamente ditas. Foram excluídos os termos “agressiva” e “crónica”, passando-se a categorizar a doença consoante o seu estadio, grau e extensão (localizada ou generalizada).

O estadio representa a severidade da doença e é definido de acordo com a perda clínica de inserção, ou “característica determinante”, ou pela perda óssea radiográfica (quando, por algum motivo, não é possível avaliar o CAL), tomando valores de I a IV. O CAL diz respeito a perdas de adesão interproximal detetável em dois ou mais dentes não adjacentes ou perda de adesão vestibular/lingual \geq a 3mm, excetuando-se motivos não periodontais. A presença de fatores de complexidade modificadores de estadio implica que o estadio seja alterado para um estadio superior (Tabela 1). Por exemplo, quando o número de dentes perdidos por periodontite passa a ser superior a 4, o estadio é alterado de estadio III para estadio IV. Para a deliberação do estadio, é avaliado ainda a quantidade de dentes perdidos por periodontite, a profundidade de sondagem máxima, o padrão de perda óssea, a presença de lesões de furca, defeitos do rebordo alveolar, trauma oclusal e a necessidade de tratamentos restaurativos.¹²

As mudanças de estadio (por exemplo, de um estadio II para o III) devem ser feitas consoante os fatores de complexidade (não precisam estar todos presentes, apenas um fator de complexidade pode ser suficiente). Note-se que o estadio mantém-se, mesmo após tratamento de sucesso. Através deste estadiamento, os clínicos têm a possibilidade de identificar,

Tabela 1. Características determinantes, secundárias e fatores modificadores para determinar o estadio (adaptado)

Estadio	Características determinantes	Características secundárias	Fatores modificadores
I	1-2mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL no terço coronal <15%;	PS≤4mm, sem dentes perdidos por periodontite; RBL com padrão horizontal	
II	3-4mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL no terço coronal de 15-33%		PS≤5mm, sem perdas dentárias por periodontite; RBL com padrão horizontal
III	≥5mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL até metade/ terço apical da raiz		PS≥6mm, com perdas dentárias devidas à DP (até 4 dentes perdidos); pode haver RBL de padrão vertical (até 3mm), lesões de furca (graus II e III) e defeito de rebordo moderado
IV	≥5mm de perda de inserção interproximal (no pior ponto) ou RBL até metade/ terço apical da raiz		≥5 dentes perdidos por DP; em adição aos fatores de complexidade do estadio III, pode haver ainda disfunção mastigatória, trauma oclusal secundário, defeito de rebordo grave

precocemente, os primeiros sinais de perda de adesão (o que corresponde ao estadio I). Por outro lado, conseguem também sinalizar casos de destruição periodontal mais avançada, e que requerem uma reabilitação oral mais complexa (estadio IV).

O grau, por sua vez, é representativo da taxa de progressão da doença, variando de A a C, e indica quais os possíveis efeitos da doença periodontal ao nível da saúde sistêmica do indivíduo. Ao contrário do que acontecia com o estadio, é possível alterar o grau, de acordo com a presença ou ausência de fatores de risco, como são exemplos a *diabetes mellitus* e o tabagismo. Para determinar o grau, avalia-se a perda de adesão e a perda óssea ao longo dos últimos 5 anos; o rácio entre a quantidade de osso perdido e a idade; a relação entre os depósitos microbianos encontrados e o nível de destruição presente; presença de hábitos tabágicos e níveis de glicose sanguínea¹² (Tabela 2).

4. Doenças e condições peri-implantares¹³⁻¹⁶

A inclusão desta categoria no sistema de classificação é de facto inédita, já que até ao momento não era possível catalogar as patologias peri-implantares.

Foram discutidas características da saúde peri-implantar, mucosites peri-implantares, peri-implantites e ainda deficiências ao nível dos tecidos moles e duros.

Definiu-se saúde peri-implantar como sendo a ausência de sinais inflamatórios, como hemorragia e/ou supuração à sondagem (se estas estiverem presentes, podem ser indicativas de uma mucosite peri-implantar). Adicionalmente, os valores de PS (numa reavaliação), não podem ser superiores aos valores anteriores, para se classificar como saudável, bem como ausência de perda óssea para além do nível da crista óssea. Contudo, não foi possível definir uma PS *standard* que se considerasse compatível com saúde peri-implantar. Importa ainda referir que é possível haver saúde peri-implantar em implantes com suporte ósseo reduzido.

Entende-se por peri-implantite como sendo uma condição patológica associada ao acúmulo de placa bacteriana, que ocorre nos tecidos periféricos a um implante em função ou reabilitado, e que se caracteriza pela inflamação da mucosa peri-implantar e pela perda subsequente de massa óssea. Estamos perante um caso de peri-implantite sempre que se tem uma combinação de: hemorragia e/ou supuração à sondagem; aumento dos valores de PS em exames consequentes; alterações ao nível da remodelação óssea. Na ausência desta tríade, é possível classificar uma peri-implantite se no quadro clínico estiver presente a hemorragia/ supuração pós-sondagem, PS>6mm e nível ósseo >3mm, apicalmente à porção mais coronal da porção intra-óssea do implante.

Tabela 2. Características determinantes, secundárias e fatores modificadores para determinar o grau (adaptado)

Grau	Característica determinante	Características secundárias	Fatores de risco modificadores
A – Progressão lenta	Evidência direta de ausência de progressão de perda de inserção por 5 anos ou perda óssea/ano ≤0,25mm	Pacientes com grandes depósitos de biofilme, mas com pouca destruição periodontal	Sem fatores de risco (tais como tabagismo e a <i>diabetes mellitus</i>)
B – Progressão moderada	Evidência direta de progressão <2mm em 5 anos ou perda óssea/ano entre 0,25-1mm	Destruição compatível com os depósitos de biofilme existentes	Tabagismo (<10 cigarros/dia); HbA1c <7% em pacientes com <i>diabetes mellitus</i>
C – Progressão rápida	Evidência direta de progressão ≥2mm em 5 anos ou perda óssea/ano >1mm	Destruição óssea superior ao expectável para a quantidade de biofilme presente; suspeita de períodos de progressão rápida e/ou estabelecimento precoce da doença	Tabagismo (>10 cigarros por dia) ou HbA1c >7% em pacientes com <i>diabetes mellitus</i>

Esta nova categoria, segundo os investigadores, não deve ser generalizada, atendendo ao facto de que existem inúmeros designs de implantes diferentes, que consequentemente apresentam características de superfícies variáveis.

Proposta de fluxograma

Para efetuar um correto diagnóstico periodontal, os clínicos devem organizar e sequenciar o seu modo de atuação nas consultas, de maneira a facilitar este processo. Assim sendo, sugere-se, na Figura 1, uma sequência de passos a seguir nas primeiras consultas de periodontologia (segundo a AAP).

O fluxograma pretende ser implementado na prática clínica de medicina dentária, como uma ferramenta de auxílio para todos os clínicos da área, com as suas respetivas anotações. Este é acompanhado de algumas anotações, de modo a facilitar a sua interpretação (Figura 2).

Discussão

Entre todas as alterações efetuadas, salienta-se o facto de, pela primeira vez, se introduzir o conceito de saúde periodontal e de condições/doenças peri-implantares na classificação. Destaca-se ainda a substituição dos termos “crónica” e “agressiva” para caracterizar a doença periodontal (DP), passando-se então a definir a doença segundo diferentes estádios e graus. Esta nova classificação divide-se em dois grandes grupos principais: condições/doenças periodontais e condições/doenças peri-implantares.² Com este novo sistema de classificação, diferentes diagnósticos podem ser constatados: saúde periodontal num periodonto intacto;⁴ saúde periodontal num periodonto reduzido;³ gengivite;⁶ periodontite propriamente dita;^{1,14} doença periodontal necrosante;⁹ periodontite como manifestação de doença sistémica.^{5,10} Não obstante, esta classificação abrange ainda outras condições capazes de afetar o complexo periodontal, nomeadamente lesões endo-periodon-

tais; doenças sistémicas; deformidades mucogengivais (surge um modelo de classificação com 3 tipos de recessão gengival com base no CAL interdentário); forças oclusais traumáticas; fatores locais, relacionados com os dentes e/ou elementos protéticos.¹⁷⁻¹⁹

Ao ser introduzido um novo sistema de classificação, quer a nível universitário quer a nível de prática clínica, é necessário haver um período de adaptação aos novos conceitos que são introduzidos. É, portanto, necessário analisar e planejar a aplicação do sistema de classificação que está a ser implementado, o que acarreta tempo despendido para ser efetuada, de forma correta, uma reestruturação do pensamento. Esta nova classificação apresenta um nível de complexidade elevado, e implica muito tempo de trabalho por parte do utilizador para uma correta utilização, uma vez que é necessária a análise bibliográfica considerável. Este novo esquema de classificação, teve como principal intuito os clínicos (periodontologistas, médicos dentistas generalistas, higienistas e estudantes de MD) diagnosticarem a saúde e doença periodontal dos pacientes. No entanto, nem todos estes grupos de prestadores de cuidados de saúde oral participaram no desenvolvimento deste sistema de classificação. Atendendo ao facto de este sistema ter sido inteiramente desenvolvido por especialistas, surgem algumas preocupações em relação à aplicabilidade deste sistema de classificação num consultório de um médico dentista generalista.²⁰

Sendo este um sistema de classificação muito recente, são poucas as limitações conhecidas. Com um maior tempo de aplicação deste sistema, os clínicos serão então capazes de perceber um pouco melhor as vantagens e desvantagens da sua utilização. Nesta primeira fase, salienta-se o facto de este ser um sistema de classificação complexo, que requer tempo de aprendizagem.^{9,20-22}

A criação de um fluxograma resulta de uma medicina baseada em evidências, através de uma investigação bibliográfica de qualidade.²² Este surge como uma tentativa de facilitar a aprendizagem e aplicação de novos conceitos, sendo uma ferramenta simplista, esquemática, não ambígua, aumentando assim a probabilidade de memorização e com-

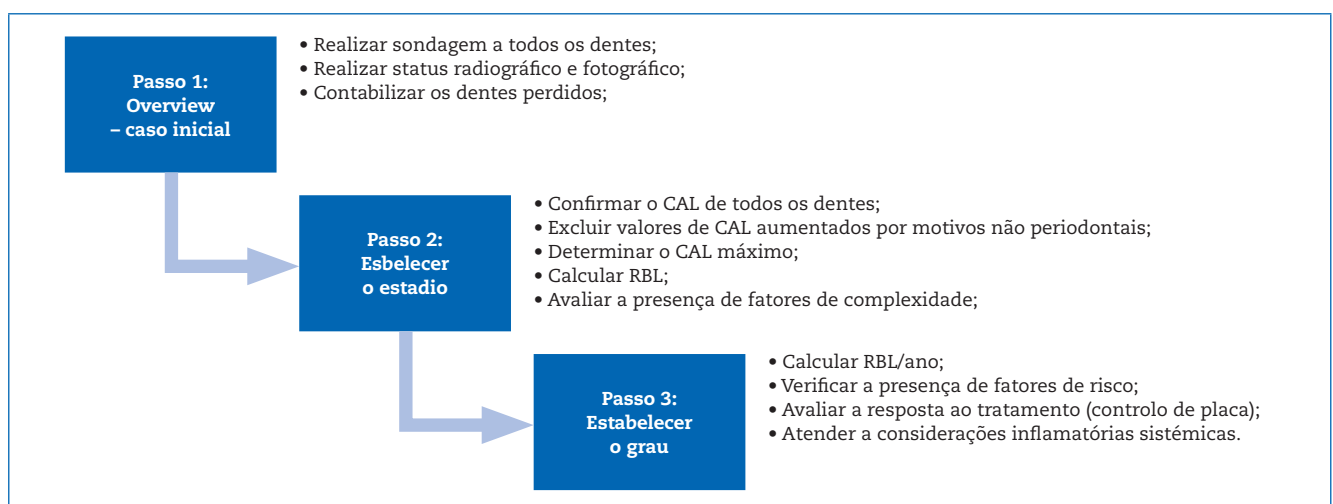


Figura 1. Sequência clínica para definir estádios e graus, segundo a AAP.

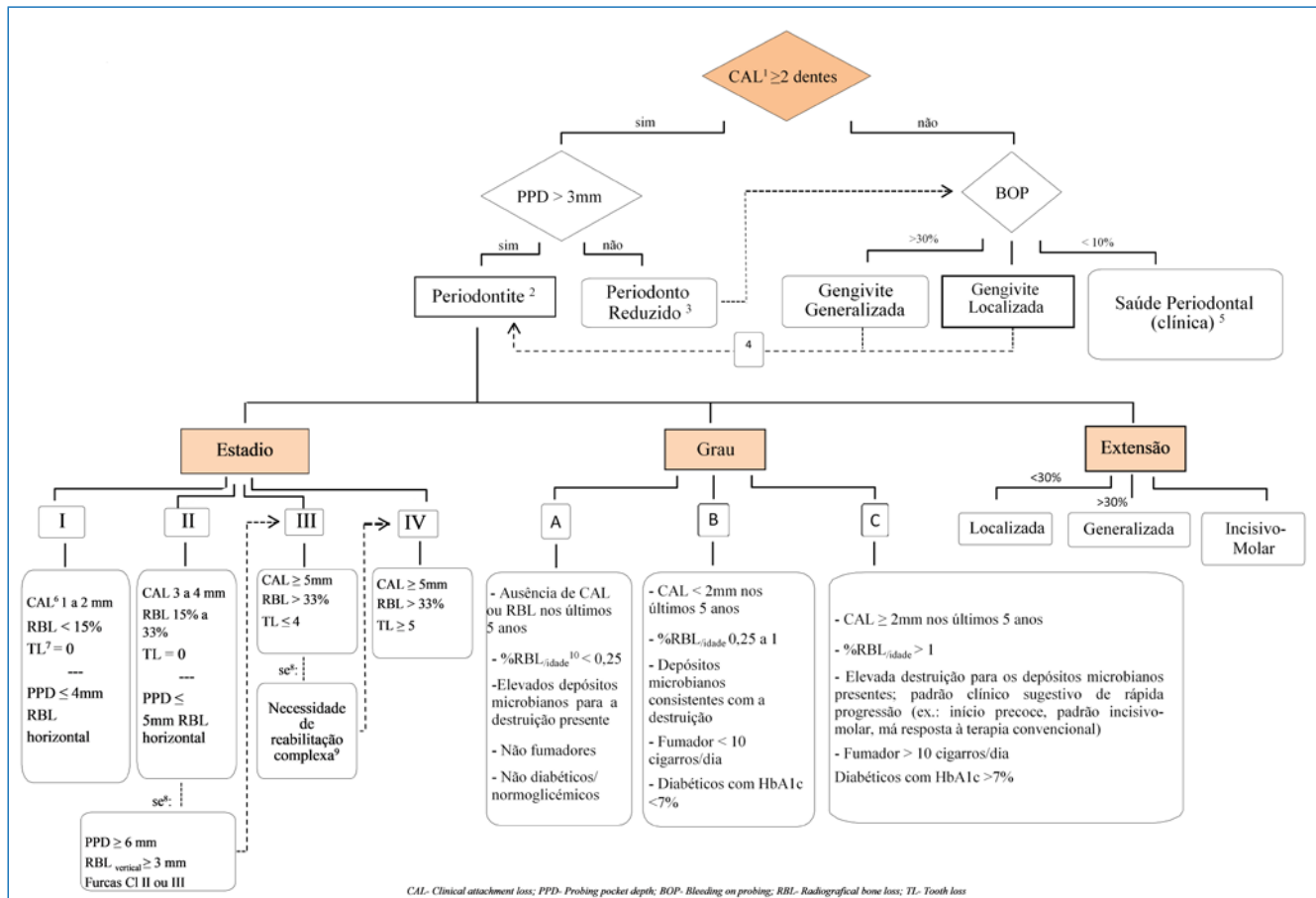


Figura 2. Algoritmo de diagnóstico para a nova classificação periodontal.

- Refere-se a perda de adesão interproximal detetável em dois ou mais dentes não adjacentes ou perda de adesão vestibular/lingual ≥ 3 mm, excetuando-se motivos não periodontais como:
 - Recessão gengival de origem traumática
 - Lesões de cárie cervicais
 - CAL na face distal de 2.º molar associada à exodontia ou má posição do 3.º molar
 - Lesão endodôntica com drenagem pelo periodontio marginal
 - Fratura radicular vertical
- Excluir periodontite necrosante e periodontite como manifestação de doença sistémica.
- Redução da inserção clínica ou nível ósseo por motivos periodontais (atualmente estabilizados) ou não periodontais (ex.: recessão gengival traumática, alongamento coronário, etc.).
- Pacientes com periodontite estável, mas que desenvolvem inflamação gengival, devem permanecer em manutenção periodontal para monitorizar qualquer reativação da periodontite.
- Inclui saúde gengival num periodonto intacto e saúde gengival num periodonto reduzido que, por sua vez, inclui pacientes com periodonto reduzido por motivos não periodontais e pacientes com periodontite estável (definido como um estado no qual a periodontite foi tratada com sucesso, por meio do controlo de fatores locais e sistémicos, resultando num BOP mínimo, melhorias ótimas na PPD e nos níveis de inserção e na ausência de destruição progressiva). Diferente de periodontite controlada/em remissão, na qual o tratamento resultou numa redução (embora não resolução total) da inflamação e alguma melhoria nos níveis de PPD e de inserção, mas não no controlo ótimo de fatores locais ou sistémicos.
- O valor de CAL na zona interproximal com maior perda de adesão.
- A contagem de dentes perdidos inclui apenas dentes cujo principal motivo de perda seja periodontal.
- Se um ou mais fatores de complexidade de mudança de estágio for eliminado pelo tratamento, o estágio não deverá retroceder para um estágio mais baixo uma vez que estágio original deve sempre ser considerado na fase de manutenção.
- Fatores de complexidade
 - disfunção mastigatória
 - trauma oclusal secundário (mobilidade grau ≥ 2)
 - colapso da mordida/migração dentária
 - menos de 20 dentes remanescentes (10 pares oponentes)
 - defeitos acentuados da crista alveolar
- Percentagem de perda óssea radiográfica do dente mais afetado/idade

preensão. Permite aos alunos e clínicos “integrar, reconciliar e diferenciar conceitos”, sendo um complemento para a informação científica. Tendo estas premissas em consideração o fluxograma concebido é simples, fácil de aplicar, e é acompanhado de notas de rodapé que evitam o surgimento de erros de interpretação.

Recentemente, foi publicado um conjunto de fluxogramas para o diagnóstico periodontal,²³ no entanto, por serem 4 fluxogramas, dificultam a interpretação, tornando o processo de diagnóstico mais demorado. Em oposição, apresenta-se neste artigo um único fluxograma, que reúne os principais conceitos da nova classificação, permitindo uma utilização mais simples e rápida, gerando menos confusão por parte do utilizador. O fluxograma apresentado foi implementado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, em 2018, e tem vindo a ser utilizado pelos alunos desde então. A introdução deste fluxograma revelou ser uma estratégia de sucesso para a aprendizagem da nova classificação periodontal, pelo que continuará a ser usado na faculdade, enquanto ferramenta de auxílio/aprendizagem.

Posteriormente será elaborado um fluxograma para as condições e patologias peri-implantares, sendo que ambos deverão ser validados como ferramenta pedagógica num estudo especificamente desenhado para o efeito.

Conclusões

É fundamental diagnosticar corretamente para que seja possível definir planos preventivos e planos de tratamento personalizados, ajustados às necessidades de cada paciente. Assim sendo, é de extrema utilidade o fornecimento de ferramentas de aprendizagem didáticas (quer sejam revisões bibliográficas, esquemas ou ainda fluxogramas de decisão), diminuindo, tanto quanto possível, erros de diagnóstico, e que por um lado sistematizam os conceitos essenciais e por outro tornam o processo de diagnóstico mais rápido, simples e eficiente. A precisão do diagnóstico e grau de eficácia da aplicação do fluxograma proposto precisam, no entanto, de ser validadas em estudos prospetivos, em diferentes populações e contextos clínicos.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S159-72.
2. Caton JG, Armitage G, Berglundh T, Chapple ILC, Jepsen S, Kornman KS, et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *J Clin Periodontol.* 2018;45(S20):S1-8.
3. Chapple ILC, Mealey BL, Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. 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. *J Clin Periodontol.* 2018;45(S20):S68-77.
4. Lang NP, Bartold PM. Periodontal health. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S9-16.
5. Jepsen S, Caton JG, Albandar JM, Bissada NF, 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 Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S237-48.
6. Trombelli L, Farina R, Silva CO, Tatakis DN. Plaque-induced gingivitis: Case definition and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S46-73.
7. Murakami S, Mealey BL, Mariotti A, Chapple ILC. Dental plaque-induced gingival conditions. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S17-27.
8. Holmstrup P, Plemons J, Meyle J. Non-plaque-induced gingival diseases. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S28-45.
9. Herrera D, Retamal-Valdes B, Alonso B, Feres M. Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S85-102.
10. Albandar JM, Susin C, Hughes FJ. Manifestations of systemic diseases and conditions that affect the periodontal attachment apparatus: Case definitions and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S183-203.
11. Dietrich T, Ower P, Tank M, West NX, Walter C, Needleman I, et al. Periodontal diagnosis in the context of the 2017 classification system of periodontal diseases and conditions – implementation in clinical practice. *Br Dent J.* 2019;226:16-22.
12. Ower P. New Classification System for Periodontal and Peri-implant Diseases. *Dental Update.* 2019;46:8-11.
13. Berglundh T. The new classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions. *Perio Insight.* 2018;7:5.
14. Papapanou PN, Sanz M, Buduneli N, Dietrich T, Feres M, Fine DH, 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 Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S173-82.
15. Schwarz F, Derks J, Monje A, Wang HL. Peri-implantitis. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S267-90.
16. Berglundh T, Armitage G, Araujo MG, Avila-Ortiz G, Blanco J, Camargo PM, 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 Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S313-8.
17. Cortellini P, Bissada NF. Mucogingival conditions in the natural dentition: Narrative review, case definitions, and

- diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S204-13.
18. Fan J, Caton JG. Occlusal trauma and excessive occlusal forces: Narrative review, case definitions, and diagnostic considerations. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S214-22.
 19. Ercoli C, Caton JG. Dental prostheses and tooth-related factors. *J Periodontol.* 2018;89(Suppl 1):S223-36.
 20. Clinicians welcome new classification but raise concerns about implementation. *Perio Insight.* 2018;8:5-6.
 21. Dorri M. Periodontal diseases: New classification for periodontal diseases. *Br Dent J.* 2018;225:686.
 22. Garaizar C, Rufo M, Artigas J, Arteaga R, Martinez-Bermejo A, Casas C. Sobre protocolos, pautas y guias de la practica clinica. *Rev Neurol.* 1999;29:1089-92.
 23. Tonetti MS, Sanz M. Implementation of the new classification of periodontal diseases: Decision-making algorithms for clinical practice and education. *J Clin Periodontol.* 2019;46:398-405.