

Chloé Justine Cardoso

Doença periodontal necrosante: a propósito de um caso clínico

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2023

Chloé Justine Cardoso

Doença periodontal necrosante: a propósito de um caso clínico

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde
Porto, 2023

Doença periodontal necrosante: a propósito de um caso clínico

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária

(Chloé Justine Cardoso)

RESUMO

As doenças periodontais necrosantes são um grupo de doenças infecciosas caracterizadas por um processo inflamatório agudo e pela presença de destruição periodontal. De causa multifatorial, afetam preferencialmente os adolescentes e adultos jovens. Representam uma condição séria, porém rara, mais comum em países subdesenvolvidos e áreas com má nutrição e más condições de vida. O diagnóstico é baseado no exame clínico e radiográfico.

Este trabalho expõe o caso de uma paciente de 19 anos, com diagnóstico compatível com Gingivite Necrosante. A paciente apresentava necrose limitada à margem gengival e papila interdentária, com sintomatologia dolorosa, hemorragia gengival ao toque, pseudomembrana, placa bacteriana visível, halitose e mal-estar generalizado. Durante a anamnese, a paciente relatou ser saudável, confidenciando um período de elevado stresse emocional. Neste caso, foi prescrito antibiótico, AINEs e clorhexidina e foram dadas instruções de higiene oral e realizados procedimentos de instrumentação mecânica. A paciente foi seguida de Outubro de 2022 até Maio de 2023 com resolução da doença.

Palavras-chave: doença periodontal necrosante, infecção, placa bacteriana, higiene oral

ABSTRACT

Necrotizing periodontal diseases are a group of infectious diseases characterized by an acute inflammatory process and the presence of periodontal destruction. With multifactorial cause, it affects preferably teenagers and young adults. It is a serious but rare condition, more common in underdeveloped countries and areas with poor nutrition and poor living conditions. Diagnosis is based on clinical and radiographic examination.

This study exposes the case of a 19-year-old patient with diagnosis compatible with Necrotizing Gingivitis. The patient presented gingival necroses limited to the gingival margin and interdental papilla, with painful symptoms, gingival bleeding to the touch, pseudomembrane, visible bacterial plaque, halitosis and generalized malaise. During the anamnesis, the patient reported that she was healthy, confiding a period of high emotional stress. In this case, antibiotics, NSAIDs and chlorhexidine were prescribed and oral hygiene instructions and mechanical instrumentation procedures were performed. The patient was followed from October 2022 to May 2023 with resolution of the disease.

Key words: necrotizing periodontal disease, infection, bacterial plaque, oral hygiene

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, a minha irmã,
e todos os que estão no meu coração.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre me acompanharam e apoiaram nos meus projetos, que sempre acreditaram em mim e me permitiram ir para o estrangeiro com a minha irmã. Desde a minha infância me alimentam de amor. Sem você, eu não seria quem sou hoje, eu amo-vos.

À minha irmã, o meu maior pilar nestes cinco anos de faculdade, o melhor binómio em casa como na clínica, a minha "Marine". Que me faz melhor a cada dia e que soube estar presente nos momentos de dúvida e de desânimo como nos períodos de alegria e de felicidade. Orgulho-me de ter partilhado esta experiência contigo.

A toda a minha família, que nunca duvidou das minhas capacidades e sempre me encorajou. Fazer-vos orgulhosos foi uma verdadeira força para mim.

Às minhas melhores amigas, Marie-Lou e Justine, que apesar dos quilómetros que nos separam, sempre souberam estar presentes. A nossa amizade passa a não ter fronteiras.

À Niagara, a minha primeira amiga quando cheguei a Portugal, que pela sua lealdade, seus bons conselhos e sua presença ao meu lado, sempre soube puxar-me para cima. És como uma irmã mais velha para mim.

À minha professora de orientação, a Dra. Helena Neves, e à minha co-orientadora, a Dra. Maria João Begonha, que voluntariamente aceitaram acompanhar-me neste trabalho e que me rodearam da sua benevolência e da sua experiência. Obrigada a elas por sua presença e sua grande disponibilidade.

À paciente da minha tese, graça a quem este projeto que era muito importante para mim foi possível. Ela não hesitou em participar e tornar-se disponível.

A todos os professores, que encontrei nos últimos 5 anos, que partilharam o seu saber e os seus conhecimentos e graças a quem o meu curso universitário ficará gravado na minha memória.

E, por último, para todos aqueles que nunca acreditaram que eu seria capaz de chegar onde estou hoje: vocês faziam parte da minha principal motivação.

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
DEDICATÓRIAS.....	VII
AGRADECIMENTOS.....	VIII
ÍNDICE GERAL.....	IX
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	XI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XII
ÍNDICE DE TABELAS.....	XIII
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Contextualização do tema e objetivos.....	1
1.1. O periodonto e o biofilme.....	1
1.2. As doenças periodontais.....	1
1.3. Classificação das doenças periodontais.....	2
2. Materiais e métodos.....	8
3. A doença periodontal necrosante.....	8
3.1. Prevalência.....	9
3.2. Microbiologia.....	10
3.3. Fatores predisponentes.....	11
3.4. Diagnóstico.....	11
3.5. Tratamento.....	15
II. CASO CLÍNICO.....	16
1. História clínica.....	16
2. Exame clínico.....	18
2.2 Exame clínico extra-oral.....	18
2.1 Exame clínico intra-oral.....	18

3. Diagnóstico.....	24
4. Tratamento.....	25
III. DISCUSSÃO.....	30
IV. CONCLUSÃO.....	37
V. BIBLIOGRAFIA.....	38
VI. ANEXOS.....	40
Anexo 1 – Informação disponibilizada à paciente.....	40
Anexo 2 – Consentimento informado.....	41
Anexo 3 – Parecer Prévio Favorável da Direção Técnica da UFP.....	42
Anexo 4 – Parecer Positivo da Comissão de Ética da UFP.....	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AINE – Anti-inflamatório não esteróide

ASA – Sociedade Americana de Anestesiologia

CPMD – UFP - Clínica Pedagógica da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

DPN – Doenças Periodontais Necrosantes

EUN – Estomatite Ulcerativa Necrosante

EN – Estomatite Necrosante

Fig. – Figura

FDI – Federação Dentária Internacional (World Dental Federation)

GHP – Gengivoestomatite Herpética Primária

GN – Gengivite Necrosante

GUN – Gengivite Ulcerativa Necrosante

GUNA – Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda

HO – Higiene oral

H₂O₂ – Peróxido de Hidrogénio

HSV-1 – Vírus do Herpes Simplex 1

JAC – Junção amelo-cementária

LAD – Ligamento alveolar-dentário

LAC – Linha amelo-cementária

MD – Medicina Dentária

NIC – Nível clínico de inserção

PMN – Neutrófilos polimorfonucleares

PN – Periodontite Necrosante

PUN – Periodontite Ulcerativa Necrosante

PS – Profundidade de sondagem

RG – Recessão gengival

SARS-CoV-2 – Síndrome respiratório agudo grave Coronavírus 2

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ortopantomografia CPMD-UFP (27/05/2022).....	17
Figura 2 - Fotografia intra-oral em oclusão (10/10/2022).....	19
Figura 3 - Fotografia intra-oral lateral direita (4A) e esquerda (4B) (10/10/2022).....	19
Figura 4 - Formação pseudomembrana no dente 36 (10/10/2022).....	19
Figura 5 - Fotografia intra-orais em oclusão (17/10/2022).....	25
Figura 6 - Fotografias intra-orais laterais (17/10/2022).....	25
Figura 7 - Fotografia intra-oral em oclusão após instrumentação mecânica supra e infra-gengival (14/11/2022).....	26
Figura 8 - Fotografia intra-oral lateral direita após instrumentação mecânica supra e infra-gengival (14/11/2022).....	27
Figura 9 - Fotografia intra-oral em oclusão (9/03/2023).....	28
Figura 10 – Fotografia intra-oral lateral direita (10A) e esquerda (10B) (9/03/2023).....	28
Figura 11 - Ortopantomografia CPMD-UFP (19/05/2023).....	29
Figura 12 - Fotografia intraoral em oclusão da última consulta (19/05/2023).....	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Classificação das doenças periodontais por Armitage (1999).....	3
Tabela 2: Resumo esquemático da nova classificação das doenças periodontais (AAP & EFP, 2018).....	7
Tabela 3: Diagnóstico diferencial entre a gengivite necrosante (GN) e a gengivoestomatite herpética primária (Holmstrup et al., 2015; Santos et al., 2017).....	12
Tabela 4: Diagnóstico diferencial entre gengivite necrosante (GN) e periodontite necrosante (PN).....	14
Tabela 5: Periodontograma realizado durante a consulta de 17 de Outubro de 2022.....	21

I. INTRODUÇÃO

1. Contextualização do tema e objetivos

1.1. O periodonto e o biofilme

A etimologia da palavra “periodonto” que se encontra no grego antigo, forma-se a partir das palavras *parà* “ao lado de” e *odoùs* “dent”. O periodonto é a estrutura que envolve o dente e a sua principal função é a sua fixação, permitindo a ancoragem do dente ao tecido ósseo da maxila e da mandíbula. O periodonto é considerado como o “sistema de fixação do dente”. O dente e o periodonto formam um conjunto funcional: um não pode existir sem o outro. O periodonto é criado durante a formação do dente e desaparece com a perda dele. É constituído por dois tecidos moles, a gengiva e o ligamento alveolar-dentário (LAD); e por dois tecidos mineralizados, o cemento e o osso alveolar (Biosse e Saffar, 2014).

Na cavidade oral, encontram-se permanentemente várias espécies bacterianas, tendo sido já identificadas mais de 300 espécies. A maioria forma a chamada flora comensal, isto é, é compatível com a saúde periodontal. Essas bactérias são encontradas na superfície dos dentes e outros tecidos da cavidade oral. Há um equilíbrio entre essas bactérias e as defesas do hospedeiro, que controlam a sua proliferação e impedem a sua entrada na circulação sistémica (Garnier *et al.*, 2015).

A placa dentária é um biofilme microbiano. Um biofilme é uma película fina constituída por bactérias e o produto das suas secreções, aderente a superfícies de tecidos ou a materiais protéticos incorporados (Garnier *et al.*, 2015).

1.2. As doenças periodontais

A saúde periodontal não deve ser considerada apenas pela quantidade de bactérias presentes mas deve englobar todos os fatores responsáveis pelo aparecimento da doença, e pela recuperação e manutenção da saúde (Lang e Bartold, 2018).

A doença periodontal é uma condição inflamatória das estruturas de proteção e inserção dos dentes, representando uma das causas mais consistentes de perda dentária em adultos e a

forma mais prevalente de patologia óssea em humanos (Silva *et al.*, 2007). Tendo em vista sua alta prevalência, a periodontite é um importante problema de saúde pública (Papapanou *et al.*, 2018).

Quando a inflamação é limitada à gengiva, ela é clinicamente expressa como uma gengivite. Quando a reação inflamatória se estende ao osso alveolar, o último sofre uma reabsorção patológica, que é o principal sinal de periodontite. Assim, as doenças periodontais incluem dois tipos principais de doenças: gengivite e periodontite. Na ausência de tratamento, a gengivite pode evoluir para a periodontite, que por sua vez pode causar a perda dos dentes através da destruição completa do periodonto (Pihlstrom, Michalowicz e Johnson, 2005).

O desenvolvimento de um esquema de classificação das doenças e condições periodontais é importante para um diagnóstico apropriado e tratamento dos pacientes e para que seja possível o estudo da etiologia, patogénese, história natural e tratamento destas doenças e condições.

1.3. Classificação das doenças periodontais

Na classificação por Armitage aceite internacionalmente em 1999, as doenças periodontais são subdivididas da seguinte forma: as doenças gengivais, a periodontite crónica, a periodontite agressiva, a periodontite como manifestação de doenças sistémicas, as doenças periodontais necrosantes (DPN), os abscessos periodontais e a periodontite associada a lesão endodôntica. A Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e a Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN) foram incluídas dentro do grupo das doenças periodontais necrosantes. Os estudos sugeriram que as duas doenças podem representar diferentes estadios da mesma doença, pois têm uma etiologia, características clínicas e tratamento similares, e podem até evoluir para formas mais graves, como a Estomatite Ulcerativa Necrosante (EUN) (Jia Jia *et al.*, 2021). A terminologia “ulcerativa” foi posteriormente eliminada, pois a ulceração era considerada secundária à necrose (Feller e Lemmer, 2005).

Tabela 1: Classificação das doenças periodontais por Armitage (1999)

<p>1. Doenças gengivais/gengivopatias</p> <p>1.1 Doenças gengivais induzidas por placa bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gengivite associada somente a placa bacteriana <ul style="list-style-type: none"> a. Sem outros fatores locais b. Com fatores locais ● Doenças gengivais modificadas por fatores sistémicos <ul style="list-style-type: none"> a. Associada ao sistema endócrino (gengivite da puberdade, gengivite de menstruação, gengivite da gravidez/granuloma piogénico, gengivite associada com a diabetes) b. Associada com discrasia sanguínea (leucemia, outros) ● Doenças gengivais modificadas por medicações (drogas, outros) ● Doenças gengivais modificadas por má nutrição (avitaminose C, outros) <p>1.2 Lesões Gengivais Não-Induzidas por Placa Bacteriana</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Doenças gengivais de origem bacteriana específica <ul style="list-style-type: none"> a. Neisseria gonorrhoea b. Treponema pallidum c. Estreptococos d. Outros 	<p>2. Periodontite Crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Localizada ● Generalizada
	<p>3. Periodontite Agressiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Localizada ● Generalizada
	<p>4. Periodontite Como Manifestação de Doenças Sistémicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Associada a doença hematológica (neutropenia adquirida, leucemia, outros) ● Associada a alterações genéticas (Neutropenia familiar e cíclica; Síndrome de Down; Síndrome de deficiência da adesão de leucócitos; Síndrome de Papillon-Lefèvre; Síndrome Chediak-Higashi; Histiocitose; Doença de armazenamento do glicogénio; Agranulocitose genética infantil; Síndrome de Cohen; Síndrome Ehlers-Danlos (tipos IV e VIII); Hipofosfatasia; Outros) ● Nenhuma outra especificada

<ul style="list-style-type: none"> ● Doenças gengivais de origem viral <ul style="list-style-type: none"> a. Herpética (Gengivoestomatite herpética primária, Herpes bucal recorrente, Varicela / Herpes Zoster) b. outros ● Doenças gengivais de origem fúngica <ul style="list-style-type: none"> a. Candidíase gengival generalizada b. Eritema gengival linear c. Histoplasmose d. Outros ● Lesão gengival de origem genética <ul style="list-style-type: none"> a. Fibromatose gengival hereditária b. Outros ● Manifestação gengival de condições sistémicas <ul style="list-style-type: none"> a. Alterações muco-cutâneas: liquen plano; penfigóide; pênfigo vulgar; eritema multiforme; lupus eritematoso; indução de drogas; outros. b. Reações alérgicas ● Lesões traumáticas (Factícia, Iatrogénica, Acidental) <ul style="list-style-type: none"> a. Química b. Física c. Térmica ● Reação de corpo estranho 	<p>5. Doenças Periodontais Necrosantes</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) ● Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)
	<p>6. Abscessos do Periodonto</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gengival ● Periodontal ● Pericoronário
	<p>7. Periodontite Associada com Lesão Endodôntica (lesão combinada periodonto-endodôntica)</p>

<ul style="list-style-type: none">• Nenhuma outra especificada	<p>8. Desenvolvimento ou Deformidades e Condições Adquiridas</p> <ul style="list-style-type: none">• Fatores localizados, relacionados com o dente, que modificam ou predisõem doença gengival / Periodontite induzida por placa bacteriana<ul style="list-style-type: none">a. Fatores anatómicos dentáriosb. Restaurações dentárias / aparelhosc. Fratura radiculard. Reabsorção cervical da raiz e do cimento• Deformidades mucogengivais e condições ao redor do dente<ul style="list-style-type: none">a. Retração gengivalb. Falta de gengiva queratinizadac. Vestíbulo rasod. Freio anormal/posição musculare. Crescimento gengivalf. Cor anormal• Deformidades e condições mucogengivais em áreas edêntulas<ul style="list-style-type: none">a. Deficiência vertical e / ou horizontalb. Falta de gengiva / tecido queratinizadoc. Aumento gengival / Tecido moled. Freio anormal / posição musculare. Vestíbulo raso
--	--

	<ul style="list-style-type: none">f. Cor anormal<ul style="list-style-type: none">● Trauma Oclusal<ul style="list-style-type: none">a. Trauma oclusal primáriob. Trauma oclusal secundário
--	---

Em 2017, foi realizada uma conferência em Chicago, o “Workshop Internacional”, reunindo 110 especialistas com o intuito de atualizar a Classificação Periodontal de Armitage de 1999, a qual apresentava falhas e uma enorme complexidade de aplicação em virtude do grande número de categorias de doenças e condições apresentadas (Caton *et al.*, 2018).

Na Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2017 há apenas três grandes categorias de doenças e condições periodontais. Foi proposta a definição de saúde periodontal (periodonto íntegro ou periodonto reduzido) e a simplificação da definição de gengivite em apenas duas categorias: gengivite induzida pelo biofilme e doenças gengivais não induzidas pelo biofilme (Caton *et al.*, 2018).

Além disso, as denominações de periodontite crónica ou agressiva foram eliminadas e apenas três formas de periodontite foram definidas: periodontite, periodontite necrosante e periodontite como manifestação de doenças sistémicas (Caton *et al.*, 2018).

O sistema novo de classificação inclui também a caracterização dos casos de periodontite de acordo com estadios e graus, através da determinação da complexidade, severidade e fatores de risco associados ao caso. O novo sistema define também uma terceira categoria na qual se encontram outras condições que afetam o periodonto, tais como inúmeras condições sistémicas, forças oclusais traumáticas, condições adquiridas ou congénitas, abscessos periodontais e lesões endo-periodontais que afetam o periodonto. Por último, na Classificação das Doenças e Condições Periodontais de 2017, foi proposto um novo sistema de classificação das retrações gengivais, o qual leva em consideração a perda de inserção interproximal, fenótipo gengival e características da superfície radicular exposta (AAP & EFP, 2018). (Tabela 2)

Tabela 2: Resumo esquemático da nova classificação das doenças periodontais
(AAP & EFP, 2018)

Saúde Periodontal, Doenças e Condições Gengivais	Periodontite	Outras condições que afetam o Periodonto	Condições e Doenças Peri-Implantares
1. Saúde Periodontal e Saúde Gengival 2. Gengivite: induzida pelo biofilme dentário 3. Doenças gengivais não induzidas pelo biofilme dentário	1. Doenças Periodontais Necrosantes 2. Periodontite 3. Periodontite como manifestação de doenças sistêmicas	1. Doenças ou Condições Sistêmicas que afetam os tecidos periodontais de suporte 2. Abscesso periodontal e Lesões endodônticas-periodontais 3. Deformidades e Condições Mucogengivais 4. Forças oclusais traumáticas 5. Fatores relacionados com o dente e com as próteses	1. Saúde Peri-Implantar 2. Mucosite 3. Peri-Implantite 4. Deficiências nos tecidos peri-implantares moles e duros

Algumas doenças comuns da cavidade oral não têm cura, podendo as suas sequelas influenciar o bem-estar geral individual ou coletivo. A doença periodontal é altamente prevalente e interfere na qualidade de vida das pessoas em diversos aspetos além do físico, como na função mastigatória, na aparência e até nas relações interpessoais (Lopes *et al.*, 2011).

O principal objetivo deste trabalho é entender como se manifesta a doença periodontal necrosante na cavidade oral ilustrando a temática através da apresentação de um caso clínico. Para isso, será explorado: a definição, a etiologia, a epidemiologia e prevalência da doença, as diferenças entre gengivite necrosante e periodontite necrosante, os sinais e sintomas da doença, o diagnóstico diferencial e o plano de tratamento.

2. Materiais e métodos

Para a elaboração da presente dissertação acerca da doença periodontal necrosante realizou-se uma pesquisa bibliográfica nas plataformas PubMed, B-on e Google Scholar. Foram consultados os artigos com texto completo entre 1999 e 2023 devido à primeira classificação por Armitage das doenças periodontais que foi aceite internacionalmente, para permitir uma perspetiva histórica; os artigos consultados foram redigidos em português, francês e inglês. Foram encontrados 148 artigos. Destes, foram excluídos textos incompletos e cujo conteúdo não se adequava ao tema (114 artigos), resultando um total de 34 artigos. Como palavras e expressões-chave foram utilizadas: “*Necrotizing ulcerative gingivitis*” e “*Necrotizing periodontal disease*”. O caso que serviu de base para a pesquisa foi o de uma paciente da Clínica Pedagógica da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (CPMD – UFP), que sofre da condição descrita e que foi convidada a participar. A duração do acompanhamento da paciente foi de Outubro de 2022 a Maio de 2023. Após lhe ter sido explicada toda a informação necessária sobre o tema (Anexo 1), prontamente aceitou fazer parte deste trabalho, dando o seu consentimento (Anexo 2). O projeto foi submetido à Direção Técnica, que deu seu Parecer Prévio Favorável (Anexo 3), depois à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, sendo aceite (Anexo 4), seguido da autorização das CPMD – UFP, para permitir o levantamento dos dados clínicos da paciente. A terminologia e nomenclatura dentária seguida será a da FDI.

3. A doença periodontal necrosante

As doenças periodontais necrosantes (DPN) são únicas na sua apresentação clínica e progressão e, pela sua etiologia e patogénese, podem ser também distintas das outras doenças periodontais. São as formas de doença periodontal inflamatória mais graves provocadas pela

placa bacteriana (Gasner e Shure, 2023). As bactérias e os fatores predisponentes (como a subnutrição, o stresse, o consumo de álcool e tabaco) desempenham um papel essencial na patogénese da doença (Lim *et al.*, 2020). As principais doenças periodontais necrosantes são a Gengivite Necrosante (GN), a Periodontite Necrosante (PN), a Estomatite Necrosante (EN) e o *cancrum oris*. Todas são consideradas como estadios da mesma condição devido à sua etiologia e à sua apresentação clínica comuns (Herrera *et al.*, 2018). As características mais típicas das DPN são a dor, a necrose gengival, a ulceração interdentária e, em fases mais avançadas, a osteonecrose (Tkacz, Gill e McLernon, 2021).

A GN, anteriormente denominada Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda (GUNA) é a forma mais comum e mais benigna da doença periodontal necrosante. É caracterizada por rápido desenvolvimento com ulceração marginal da gengiva, inflamação e formação de áreas de necrose, sem envolver o periodonto de inserção; nesta fase, a doença é reversível após o tratamento (Aaron e Deblois, 2022).

A PN é definida como uma doença periodontal severa que se caracteriza por um começo relativamente rápido (entre 2 e 3 meses) e radiograficamente exhibe áreas de extensa perda óssea. Rapidamente pode evoluir para uma exuberante perda óssea, associada a grande mobilidade (Aaron e Deblois, 2022).

A EN, ainda mais grave, é uma inflamação severa do periodonto e da cavidade oral em que a necrose dos tecidos moles se estende além da gengiva e pode haver exposição óssea na mucosa alveolar, com áreas de osteíte e formação de sequestro ósseo (Papapanou *et al.*, 2018).

A forma mais grave de doença periodontal necrosante é o *cancrum oris*, também chamado de noma, que compromete rapidamente os tecidos moles e duros da face e geralmente é mortal (Aaron e Deblois, 2022; Gasner e Shure, 2023).

3.1. Prevalência

A prevalência global de doenças periodontais necrosantes é inferior a 1%. Nos países desenvolvidos, a doença periodontal necrosante é rara, e ocorre sobretudo em adultos jovens, até aos 30 anos de idade, e está normalmente confinada aos tecidos periodontais. Está associada a má higiene oral, sendo mais comum nos caucasianos e nos fumadores. Homens e

mulheres são afetados em proporções semelhantes. A doença manifesta-se com maior frequência nos indivíduos infetados pelo VIH. Nos países em desenvolvimento, a prevalência é maior e ocorre sobretudo em crianças, até aos 10 anos de idade, com um pico de ocorrência entre os 2 e os 6 anos de idade (Tkacz, Gill e McLernon, 2021). Nestes países a doença tem sido associada a má higiene oral, má-nutrição e doença debilitante pré-existente, sendo também mais frequente a sua progressão para o *cancrum oris*. Embora as DPN ocorram com frequência relativamente baixa, essas lesões são de relevância clínica, pois requerem tratamento imediato e podem comprometer gravemente o prognóstico (Herrera *et al.*, 2018).

A recorrência de doenças periodontais necrosantes não é rara e, portanto, são recomendadas consultas regulares para monitorizar sinais de doença futura. Quando recidivam, estas doenças tornam-se crónicas, com uma taxa de destruição mais lenta. Em caso de lesão sistémica grave, pode ocorrer progressão do DPN para outras lesões orais (Herrera *et al.*, 2018). Além disso, um fator crítico no prognóstico destas doenças é a gestão dos fatores de risco. O prognóstico é mais favorável se os pacientes reduzirem os seus fatores de risco, como a higiene oral, a nutrição, o stresse e o tabagismo (Gasner e Schure, 2023).

3.2. Microbiologia

Entre os componentes microbiológicos associados à patogénese das doenças periodontais necrosantes encontram-se *fusobacterium* e *espiroquetas* (Cordeiro, 2004). Estas bactérias, para além de outras espécies principalmente Gram negativo, produzem uma vasta gama de metabolitos (colagenases, endotoxinas, sulfureto de hidrogénio e fibrinolisinina) responsáveis pela destruição observada nas DPN: destruição rápida do periodonto, incluindo a gengiva, ligamento periodontal e o osso alveolar (Dufty, Gkrantias e Donos, 2017). Estudos de cultura identificaram *P. intermedia* e as espécies *Treponema*, *Selenomonas* e *Fusobacterium*, que eram consideradas como uma “flora constante” nas DPN. O papel dos *espiroquetas* foi confirmado por testes imunológicos (Herrera *et al.*, 2018). No entanto, pensa-se que a fase inicial nas DPN seja causada por organismos orais iniciais que se tornam patogénicos devido a uma resposta reduzida do hospedeiro (Gasner e Schure, 2020).

3.3. Fatores predisponentes

As DPN são condições infecciosas; os fatores predisponentes, incluindo uma resposta imunitária comprometida do hospedeiro, são essenciais para a patogênese. Os fatores etiológicos secundários relacionados com o hospedeiro como tabagismo, alcoolismo e comprometimento sistémico (stresse, má nutrição, deficiência hormonal, infeção por VIH, leucemia, neutropenia e tratamento imunossupressor), podem estar diretamente relacionados com seu início e severidade. Na maioria dos casos são determinantes no diagnóstico (Murayama *et al.*, 2000). Segundo a Organização Mundial da Saúde, um fator de risco é “qualquer atributo, característica ou exposição de um sujeito que aumente a probabilidade de desenvolver uma doença ou sofrer um trauma.” Esses fatores de risco desempenham um papel secundário, em comparação com o principal fator etiológico, o biofilme bacteriano.

3.4. Diagnóstico

O diagnóstico das doenças periodontais necrosantes baseia-se essencialmente nos achados clínicos, sendo que os exames radiográficos podem ser utilizados como meios para a confirmação do comprometimento ósseo (Cordeiro, 2004). O exame intra-oral deve ser acompanhado de um exame extra-oral para deteção de adenopatia ou assimetria facial. É desnecessária uma biópsia, pois teria como resultado uma inflamação não específica (Todescan e Nizar, 2013). Os exames sanguíneos podem ser recomendados para procurar doenças predisponentes, como leucemia, neutropenia e agranulocitose (Berres e Marinello, 2004).

O diagnóstico diferencial das doenças periodontais necrosantes inclui (Gasner e Schure, 2023):

- Mucosite oral: inflamação das mucosas da cavidade oral que se manifesta por vermelhidão, dor e aftas mais ou menos numerosas.
- Periodontite associada ao vírus da imunodeficiência humana (VIH) e periodontite crónica: incluem características como hemorragia gengival, formação de pus, aumento da mobilidade da arcada dentária e retração da gengiva.
- Vírus do herpes simplex 1 (HSV-1): manifesta-se recorrentemente em forma de pequenas bolhas, dolorosas e cheias de líquido ao nível da boca e dos lábios.

- Escorbuto: doença devida à deficiência de vitamina C (ácido ascórbico) que se traduz, nas formas mais graves, por uma mobilidade severa dos dentes e purulência das gengivas, hemorragias e, finalmente, morte.
- Gengivite descamativa: é caracterizada por um tecido gengival vermelho escuro, doloroso, que sangra facilmente.
- Doença fúngica invasiva: caracteriza-se por formação de bolhas e placas brancas na língua, no palato e no pavimento da boca.
- Doença gengival relacionada com drogas ilícitas: a gengiva pode apresentar hemorragia, presença de cálculo, bolsas periodontais, entre outros.
- Leucemia: tem as suas primeiras manifestações na cavidade oral, tais como hemorragia gengival, hiperplasia, edema da gengiva, ulceração oral e petéquias.
- Gengivoestomatite herpética primária: patologia que acomete o periodonto; a Gengivoestomatite herpética primária e a Gengivite Necrosante (GN) apresentam características clínicas semelhantes, podendo ocorrer confusão entre ambas durante o diagnóstico dessas lesões. Os critérios para o diagnóstico diferencial entre as lesões da GHP e a GN apresentam-se na tabela 3, tendo em vista que tais patologias necessitam de tratamentos distintos.

Devem ser feitos testes e uma anamnese adequados para um diagnóstico preciso (Gasner e Schure, 2023).

Tabela 3: Diagnóstico diferencial entre a Gengivite Necrosante (GN) e a Gengivoestomatite Herpética Primária (Holmstrup *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2017).

	Gengivite Necrosante (GN)	Gengivoestomatite herpética primária (GHP)
Etiologia	Bacteriana	Vírica, associada mais especificamente ao Vírus do Herpes Simplex
Prevalência	Rara	Comum

Idade	Crianças	Jovens/Adultos
Sintomas	Mais dolorosos que na GHP	Ligeiro incómodo
Febre	Não existe ou é muito ligeira	Febres superiores a 38°C
Características clínicas	Crateras que sangram facilmente com dor forte, normalmente cobertas por uma camada branco-amarelada ou cinza	Úlceras são formadas por várias vesículas que se fundem, sem tendência a sangrar
Duração	Curta, de cerca de 1 a 3 dias, mesmo com tratamento local	Mais de uma semana, mesmo com tratamento
Local	Localizações mais afetadas são a papila interdentária e a margem gengival	Toda a mucosa oral pode estar afetada, sem predileção por nenhuma localização específica
Capacidade de causar perda de inserção periodontal	Sim	Não
Transmissível	Não	Sim

A distinção entre GN e PN não é feita de forma frequente na literatura. A GN e a PN compartilham muitas características clínicas e etiológicas. Ambas as formas são caracterizadas por tecidos gengivais necróticos, hemorragia e dor. Mau odor da cavidade oral e mal-estar também podem estar presentes. A GN deve estar limitada às lesões que envolvem apenas o tecido gengival, sem nenhuma perda de inserção periodontal. Se não for tratada a tempo, pode culminar com perda de inserção periodontal, e nesse caso, o termo mais

corretamente a ser utilizado é PN, desde que as lesões fiquem limitadas aos tecidos periodontais, incluindo a gengiva, o ligamento periodontal e osso alveolar, tal como referido anteriormente. Se progredir para além da junção mucogengival, pode evoluir para a estomatite necrosante. Além desta progressão, *o cancrum oris*, ou noma, desenvolve-se. *O cancrum oris* é uma infeção destrutiva onde se observa necrose dos tecidos da esfera oro-facial (Herrera *et al.*, 2018).

A tabela seguinte permite estabelecer os critérios para entender o diagnóstico diferencial entre a gengivite necrosante e a periodontite necrosante.

Tabela 4: Diagnóstico diferencial entre a gengivite necrosante (GN) e a periodontite necrosante (PN)

	GN	PN
Etiologia	Bactérias	Vírus Herpes Simplex
Idade	15-30 anos	Frequentemente crianças
Local	Papilas interdentárias, raramente fora da gengiva	Gengiva e toda a mucosa oral
Sintomas	Ulcerações, com necrose do tecido e placa bacteriana de cor branca-amarelada Pode ocorrer febre moderada	Múltiplas vesículas que se rompem, deixando pequenas ulcerações redondas cobertas de fibrina Presença de febre
Duração	1-2 dias se tratado	1-2 semanas
Transmissível	Não	Sim

3.5. Tratamento

A gengivite necrosante e a periodontite necrosante, são tratadas principalmente através de medidas locais. Estas doenças apresentam características específicas, sendo verificada destruição de tecido e dor. Estas características, já descritas, obrigam a um diagnóstico e a um plano de tratamento bem delineado e rápido. As terapias periodontais convencionais podem não ser suficientes, implicando a utilização de medidas terapêuticas adjuvantes. O tratamento deve ser sequenciado, começando pelo tratamento direcionado ao alívio dos sintomas, ou seja, de fase aguda, seguido do tratamento da condição pré-existente, do tratamento corretivo e, por fim, do tratamento de suporte ou fase de manutenção (Herrera *et al.*, 2018).

O tratamento da fase aguda apresenta dois grandes objetivos: deter a progressão da doença e consequente destruição dos tecidos e controlar a sensação de dor ou desconforto do paciente que possa estar a interferir com as suas necessidades básicas, como por exemplo a alimentação e a higiene oral (Herrera *et al.*, 2018).

Numa primeira consulta, o Médico Dentista deve ir até onde a dimensão da doença o permitir. Depende da extensão e gravidade da doença, mas, em geral, o tratamento inicial inclui procedimentos de instrumentação mecânica supra e infra-gengival. Este deve ser eficaz e realizado, preferencialmente, em menos de uma semana. O uso de ultra-sons deve ser bem avaliado, sendo que a utilização de instrumentos manuais é preferível. A pressão sobre os tecidos moles deve ser mínima. Por fim, o paciente deve ser instruído a uma escovagem dentária pouco agressiva, de forma a permitir a cicatrização das úlceras (Herrera *et al.*, 2018).

Dependendo da gravidade das lesões deve ser equacionado o controlo químico de placa, nomeadamente com clorhexidina (0,12-0,2%, duas vezes ao dia). A clorhexidina é um meio eficaz para reduzir a formação de placa bacteriana, principalmente quando a escovagem não é realizada adequadamente. Para além da clorhexidina, todos os agentes que libertam oxigénio, como por exemplo o peróxido de hidrogénio (a 3%) podem ser considerados. Em alguns estudos efetuados, a terapia adjuvante local com oxigénio mostrou um aumento na rapidez da regeneração clínica (Gaggl *et al.*, 2006).

O uso de anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) serve para ajudar a aliviar a dor. Os antibióticos, como Amoxicilina + Ácido clavulânico (Augmentin®), são recomendados como um adjuvante para medidas locais para os casos mais severos quando há sinais de envolvimento sistêmico por exemplo, hipertermia, mal-estar e linfadenopatia (Todescan e Nizar, 2013).

II. CASO CLÍNICO

1. História clínica

a) Dados pessoais: uma paciente, do sexo feminino, com 19 anos, apresentou-se na consulta de Clínica Integrada I nas CPMD – UFP no dia 10 de Outubro de 2022. É estudante no primeiro ano de enfermagem. É solteira e mora com os seus pais.

b) Queixa principal: dores na cavidade oral associado a edema da mandíbula direita; a paciente relatou que a situação se iniciou há cerca de um mês. Os primeiros sintomas incluíram o edema da mandíbula, dor generalizada na cavidade oral, hemorragia da gengiva durante a escovagem dos dentes, sabor a sangue, halitose e dificuldade em comer alimentos sólidos, levando a uma dieta líquida. De seguida, surgiram as aftas. Começou a tomar Ibuprofeno 600 mg em comprimidos. Após três dias, começou a aplicar Pyralvex® que manteve durante dois dias. No dia 7 de Outubro, começou a bochechar com Tantum Verde® e manteve os bochechos até ao dia da consulta. No dia 9 de Outubro, uma vez que não se sentia melhor, recorreu à urgência do Hospital de São João onde foi prescrita medicação (não se lembra, mas diz ser um elixir) mas não iniciou qualquer tratamento. A paciente não teve febre ou dor de cabeça.

c) Antecedentes pessoais e familiares: a paciente relatou não ter nenhuma patologia atual nem história médica passada relevante, e afirmou não tomar medicação regular, exceto contraceptivos orais (pílula) há cinco anos. Não refere alergias. A sua vacinação estava atualizada e os últimos exames de sangue foram feitos em Maio de 2022. Nunca recebeu transfusão de sangue. Teve anemia durante a infância, fazendo hematomas frequentemente. Há cerca de cinco anos, teve uma infeção urinária que levou a hospitalização. A paciente é

não fumadora e bebe álcool ocasionalmente, em festas. Teve Covid-19 em Janeiro de 2022 e recebeu as três doses de vacinação “PFizer” contra a Covid-19 nas seguintes datas: 25 de Agosto de 2021, 15 de Setembro de 2021 e 16 de Junho de 2022. O seu estado médico é um ASA tipo I, pela Sociedade Americana de Anestesiologistas.

d) História dentária: consultas ao médico dentista raras e de forma irregular; nunca fez exodontias, tratamento periodontal ou tratamento ortodôntico. A última instrumentação mecânica supra e infra-gengival foi feita há cerca de 4 anos numa outra clínica; não tem história familiar de problemas periodontais.

Cinco meses antes, a paciente tinha realizado uma primeira consulta de Medicina Dentária nas CPMD – UFP. Nesse momento, não apresentava sintomas nem sinais de doença periodontal. Foi efetuada a triagem e a realização de uma ortopantomografia [figura (fig.) 1]. Realizou uma restauração direta definitiva em resina composta de duas faces (vestibulo-oclusal) do dente 36.

e) Hábitos de higiene oral: escova os dentes três vezes por dia, com uma técnica circular, utilizando uma escova manual e de consistência dura. Esporadicamente usa fita dentária; faz bochechos com colutório com ou sem flúor no final da escovagem. Não efetua raspagem da língua. Tem uma alimentação equilibrada e um sono regular.



Figura 1 – Ortopantomografia CPMD-UFP (Maio 2022)

2. Exame clínico

Atualmente, a paciente é seguida nas CPMD – UFP, e consentiu ceder a sua documentação e iconografia para o desenvolvimento desta dissertação. Durante a consulta de urgência a 10 de Outubro de 2022, foi realizado um exame clínico extra-oral e intra-oral com 4 fases cada: a inspeção, a palpação, a percussão e a auscultação.

2.1. Exame clínico extra-oral

No exame clínico extra-oral, durante a inspeção, observa-se uma paciente com uma face de biótipo mesofacial e um perfil convexo. Possui uma simetria facial, lábios competentes, mas com uma ligeira protrusão maxilar. O trajeto do mento na abertura é retilíneo. A paciente tem um sorriso médio, com uma exposição de 75% a 100% dos dentes antero-superiores e o aparecimento da gengiva interproximal apenas quando sorri.

Durante a palpação, não se encontraram adenopatias cervicais e submandibulares palpáveis. Não tem dificuldade na abertura ou encerramento da boca.

A percussão não apresentou dados relevantes na região extra-oral.

Durante a auscultação, a ATM não apresentou crepitação, nem sintomatologia dolorosa, ressaltos ou estalidos. A paciente apresentava três dedos de abertura máxima da boca.

2.2. Exame clínico intra-oral

Relativamente ao exame clínico intra-oral, observou-se o seguinte:

- i. Freios labiais e lingual com inserções normais
- ii. Sem alteração da textura, cor e forma das faces dorsal e ventral da língua, nem dos lábios superior e inferior

- iii. Presença das amígdalas normais
- iv. Palatos duro e mole normais de cor rosa claro sem tumefações ou ulcerações
- v. Pavimento da boca baixo sem alterações visíveis
- vi. Presença de todos os dentes, exceto os sisos (28 dentes no total), sem alterações de número, de tamanho, de forma e/ou de estrutura
- vii. Sem presença de cáries, abrações, atrições e fraturas. Presença de erosões ao nível dos dentes 33 e 43 possivelmente associadas a sobremordida e bruxismo noturno (fig. 2)
- viii. Percussão vertical e horizontal dos dentes não dolorosa e sem mobilidade dentária
- ix. Desvio da linha média dentária para o lado esquerdo de 1,5 mm
- x. Margem gengival assimétrica e retrações gengivais nos dentes 13 (de 2 mm), 23 (de 2 mm), 31 (de 3 mm), 34 (de 1 mm), 35 (de 2 mm), 36 (de 2 mm), 43 (de 1 mm), 44 (de 2 mm), 45 (de 3mm), 46 (de 3 mm)
- xi. Perda de papilas interproximais mandibulares (fig. 3a e 3b)
- xii. Deslocamento da gengiva marginal nos dentes 35, 36, 37, 43, 45, 46, 47
- xiii. Gengivas marginais dolorosas, com aspecto vermelho vivo, que sangravam após uma manipulação suave
- xiv. Formação de pseudomembranas e ulcerações (fig.4)



Figura 2 – Fotografia intraoral em oclusão (10/10/2022)



Figura 3 – Fotografia intraoral lateral direita (3A) e esquerda (3B) (10/10/2022)



Figura 4 – Formação pseudomembrana no dente 36

Uma vez que a paciente se encontrava com muitas dores, o exame clínico periodontal foi realizado na segunda consulta, a 17 de Outubro de 2022. Durante esta consulta, foram verificados os sinais clínicos de inflamação. Observou-se uma gengiva muito inflamada com uma grande quantidade de placa bacteriana nos dentes, de forma generalizada nos dois maxilares, mas em maior quantidade na face vestibular dos dentes.

Durante a sondagem foram avaliados os parâmetros clínicos periodontais: hemorragia à sondagem, mobilidade dentária, recessão ou retração gengival (RG), profundidade de sondagem (PS) e nível clínico de inserção e os resultados foram registados no periodontograma (Tabela 5).

- Hemorragia à sondagem: é a ferramenta mais utilizada no diagnóstico durante a prática clínica para avaliar a saúde ou a inflamação dos tecidos gengivais. A ausência de hemorragia na sondagem durante a realização de exames repetidos é um critério de saúde periodontal e constitui um indicador muito fiável da estabilidade periodontal. Portanto, do ponto de vista clínico, a ausência de hemorragia à sondagem indica um periodonto clinicamente saudável. Pode ser hemorragia imediata ou hemorragia tardia.

- Mobilidade dentária: todos os dentes exibem um grau de mobilidade fisiológica, que geralmente é avaliado como a amplitude do deslocamento da coroa resultante da aplicação de uma força definida. Esta pode ser fisiológica (normal) ou patológica. O método de Miller (1950) classifica a mobilidade nos graus de zero a três (0-3).
- Recessão ou retração gengival (RG): é a distância, em milímetros, da junção amelo-cementária até a margem gengival.
- Profundidade de sondagem (PS): é a distância, em milímetros, da margem gengival até a base da bolsa periodontal ou sulco gengival.
- Nível clínico de inserção (NIC): é a distância entre a base da bolsa (sulco) e um ponto fixo da junção amelo-cementária. Permite avaliar a extensão da perda de inserção periodontal em milímetros. É o melhor indicador do grau de destruição periodontal. Para medirmos a perda de inserção clínica temos que subtrair à profundidade de sondagem a distância que vai desde a margem gengival até à junção amelo-cementária (Machado e al, 2020).

Tabela 5: Periodontograma realizado durante a consulta de 17 de Outubro de 2022

Maxila Vestibular														
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
RG	111	121	121	120	221	000	010	010	010	010	121	121	232	231
PS	221	212	212	222	211	122	121	111	111	111	222	212	222	122
NIC	332	333	333	342	432	122	131	121	121	121	343	333	454	353

Maxila Palatino														
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
RG	001	010	000	010	100	010	000	000	000	000	000	000	000	010
PS	121	112	212	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111	121
NIC	122	122	212	121	211	121	111	111	111	111	111	111	111	131

Mandíbula Vestibular														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
RG	010	134	420	121	210	100	010	130	000	131	244	443	133	000
PS	212	211	122	121	221	111	112	121	111	211	222	122	211	111
NIC	222	345	542	242	431	211	122	251	111	342	466	565	344	111

Mandíbula Lingual														
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Mobilidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
RG	001	012	000	010	110	010	000	121	000	000	000	110	010	010
PS	222	211	111	111	211	111	121	222	111	111	111	111	111	111
NIC	223	223	111	121	321	121	121	343	111	111	1111	221	121	121

Em caso de periodontite em estádios avançados, avalia-se também a presença de lesões de furca em dentes multirradiculares. São uma destruição do tecido periodontal na área interradicular em dentes multirradiculares (Machado *et al.*, 2020).

Foi avaliada também a presença de lesões de furca e bolsas periodontais, utilizando a sonda de Nabers, não tendo sido identificada a sua presença.

A avaliação radiográfica é um elemento essencial da avaliação clínica do periodonto. As características radiográficas de um periodonto normal e anatomicamente intacto incluem:

- uma lamina dura intacta (lateral e alveolar);
- ausência de sinais de perda óssea nas zonas de furca;
- e uma distância média de 2 mm da parte mais coronária da crista óssea alveolar (osso) até à junção amelo-cementária (JAC). A distância da JAC ao osso em indivíduos saudáveis pode variar entre 1,0 e 3,0 mm.

Tendo em conta que a paciente realizou uma radiografia panorâmica 4 meses antes, não foi realizada nova radiografia panorâmica.

3. Diagnóstico

O periodontograma em conjunto com a histórica clínica do paciente e os exames realizados, permitiu-nos estabelecer um diagnóstico de doença periodontal.

No caso clínico em estudo, foram encontradas profundidades de sondagem em todos dentes inferior ou igual a 3 mm com uma percentagem de locais com hemorragia à sondagem superior a 10%. Assim, foi considerado um caso de gengivite. Foi realizado o diagnóstico diferencial com outras doenças periodontais:

- Periodontite crónica: não se observa uma progressão lenta e contínua nem grande perda óssea;
- Gengivoestomatite: não se observa febre alta; paciente adulta;
- Gengivite descamativa: não foram observados sintomas como erosão, formação de vesículas ou atrofia da gengiva;
- Periodontite associada ao VIH: paciente referiu não ser VIH positiva;
- Doença gengival relacionada com drogas ilícitas: paciente referiu não ser consumidora de drogas .

Efetuar um diagnóstico diferencial da doença sistémica subjacente à manifestação da condição, pode também ser importante na determinação da origem da mesma, por exemplo no caso da leucemia ou do Vírus do Herpes Simplex 1 (HSV-1).

Nesta situação em que a paciente apresentava muito locais com hemorragia e profundidades de sondagem inferiores ou igual a 3, acrescentam-se outros sintomas como o início súbito e rápido da doença, dor generalizada, halitose, inflamação gengival, necrose da margem gengival e papila, com consequente ulceração e formação de pseudomembranas e dificuldade na ingestão de alimentos sólidos. Assim, estamos perante uma situação de doença periodontal necrosante. A doença neste caso tem uma apresentação clínica aguda.

Pelo exposto, em razão das características clínicas encontradas (dor, hemorragia gengival, ulceração da margem gengival e da papila interdentária), sem comprometimento dos tecidos periodontais de suporte, estabeleceu-se o seguinte diagnóstico: **Gengivite Necrosante**.

4. Tratamento

O tratamento indicado para esta situação foi estabelecido após serem efetuados todos os exames periodontais e radiográficos, para um correto diagnóstico e elaboração do melhor plano de tratamento.

Durante a primeira consulta, a 10 de Outubro de 2022, a paciente apresentava mal-estar, dores na gengiva e hemorragia gengival em diversas zonas e inflamação. A paciente encontrava-se em contexto de debilidade e muito queixosa. Assim, não foi possível realizar qualquer procedimento clínico. O primeiro passo da terapia, neste caso, foi a explicação da doença. O principal objetivo foi a perceção por parte da paciente da gravidade da doença, o seu entendimento e a história do seu desenvolvimento. Depois disso, a paciente foi convidada a mostrar como escovava os dentes. Notou-se uma falta de conhecimentos sobre os movimentos e a duração da escovagem. Foram dadas instruções de higiene oral, exemplificando com uma escova e mostrando as suas fotografias intra-orais. Normalmente, a mudança de comportamento é realizada através da motivação do paciente para remover com sucesso o biofilme supragengival e controlar os fatores de risco. Foi-lhe prescrito Amoxicilina + Ácido clavulânico (Augmentin®) 875+125 mg, de 12 horas em 12 horas, durante 8 dias e Ibuprofeno 600 mg, de 12 horas em 12 horas, durante 3 dias, bochechos de peróxido de hidrogénio (H₂O₂) e um colutório com clorhexidina a 0,12% (Bexident®) e uma escova periodontal. Foram realizadas fotografias intraorais (fig. 2, 3 e 4).

Após uma semana, a 17 de Outubro de 2022, foi feita a reavaliação da paciente. Durante esta consulta, observou-se uma diminuição da sintomatologia dolorosa com menos dor e menos aftas. A motivação da paciente e as instruções melhoraram a eficácia da higiene oral. No final da consulta, foram realizadas fotografias intraorais (fig. 5 e 6).



Figura 5 - Fotografia intra-oral em oclusão (17/10/2022)



Figura 6 - Fotografias intra-orais laterais (17/10/2022)

Ao fim de um mês, a 14 de Novembro de 2022, a paciente voltou à consulta para uma nova avaliação. Esta não se realizou antes por indisponibilidade da paciente. Foi efetuada uma instrumentação mecânica supra e infra-gengival cuidadosa com um aparelho ultrassónico para remoção do cálculo, seguida de polimento com pasta profilática. Foi realizado também um reforço das instruções de higiene oral (fig. 7 e 8). Nesta consulta, observou-se uma diminuição da inflamação.



Figura 7 - Fotografia intra-oral em oclusão após instrumentação mecânica supra e infra-gengival (14/11/2022)



Figura 8 - Fotografia intrao-oral lateral após instrumentação mecânica supra e infra-gengival (14/11/2022)

A 12 de Dezembro de 2022, a saúde oral da paciente melhorou: observou-se uma gengiva menos inflamada e o desaparecimento das pseudomembranas. A paciente referiu ter uma ligeira sensibilidade dentária. Constatou-se a presença de placa bacteriana ao nível dos dentes posteriores. Foi usado um revelador de placa (eritrosina), para identificar os locais para reforço das medidas de higiene. Para a remoção da placa foi usada uma escova de polimento em contra-ângulo. Foi aconselhada a utilização no domicílio de pastilhas reveladoras de placa pois contribuem para uma boa escovagem. Foi aconselhada a continuação dos bochechos com clorhexidina 0,12%. Foi apresentada à paciente a melhoria da doença como parte integrante da motivação para a higiene oral.

Durante a consulta de 9 de Janeiro de 2023 foi realizado um novo reforço da sua higiene oral. A paciente referiu que a sua qualidade de vida aumentou desde que a doença melhorou.

A 9 de Fevereiro de 2023, foi prescrito dentífrico e uma nova escova devido às queixas de sensibilidade dentinária da paciente.

Durante a consulta de 9 de Março de 2023, aplicou-se selantes de fissuras nos dentes posteriores inferiores e superiores. Foram realizadas fotografias intra-orais (fig. 9 e 10).

Durante estes meses, o estado gengival melhorou significativamente. A paciente referiu utilizar uma escova mais macia, após uma fase inicial em que usou uma escova periodontal;

refere também melhoria da higiene oral; continuou com bochechos com colutório de clorhexidina 0,05%.



Figura 9 - Fotografia intraoral em oclusão (9/03/2023)



Figura 10 - Fotografia lateral direita (10A) e esquerda (10B) (9/03/2023)

A última consulta realizou-se a 19 de Maio de 2023, durante a qual foi realizada uma ortopantomografia (fig. 11). Neste último controlo foi observado:

- Ausência de dores e hemorragia.
- Gengiva de cor rosada e uniforme.
- Ausência de alterações da língua, dos lábios e do palato.
- Ausência de edema, aftas, ulcerações ou pseudomembranas.
- Ausência de sensibilidade dentária.
- Recessão gengival nos dentes 13, 23, 31, 34, 35, 36, 43, 44, 45, 46.
- Reposicionamento das papilas interdentárias.
- Função normal da mastigação.

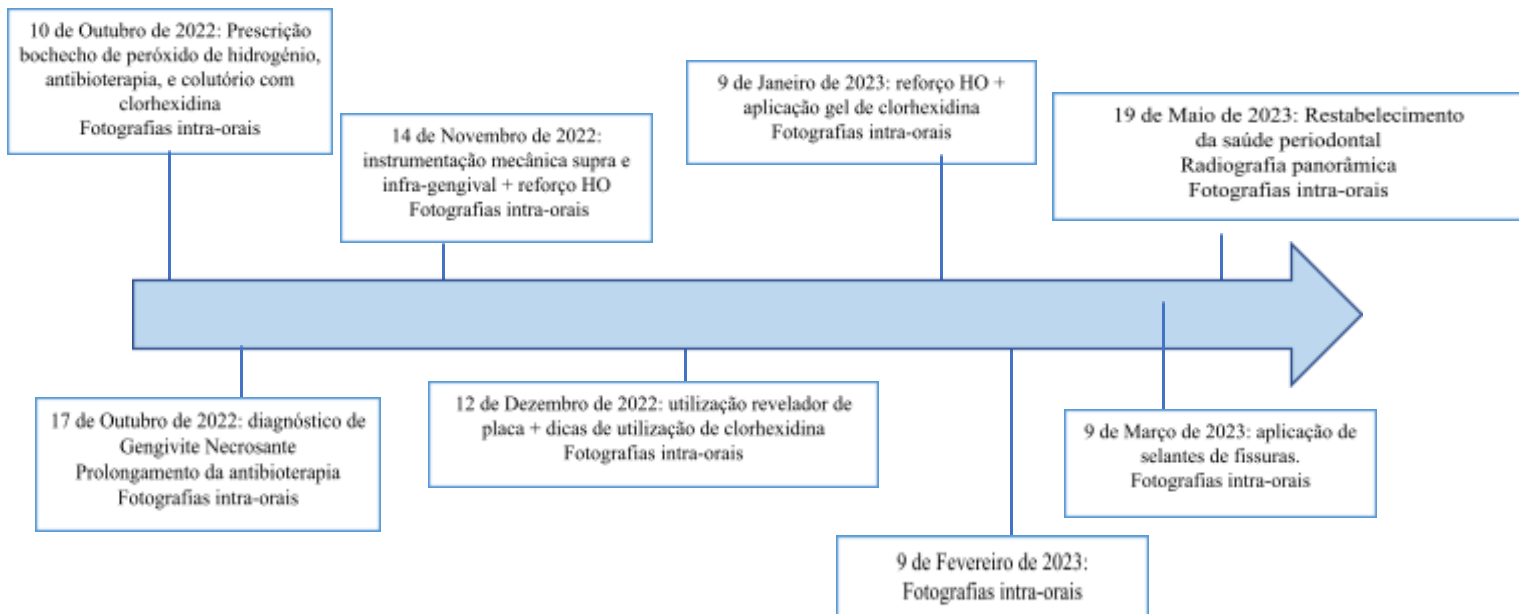


Figura 11 - Ortopantomografia CPMD-UFP (19/05/2023)



Figura 12 - Fotografia intra-oral em oclusão da última consulta (19/05/2023)

Cronologia a partir do diagnóstico da doença até à sua resolução



III. DISCUSSÃO

O termo “doença periodontal necrosante” tem sido utilizado na literatura para descrever qualquer um dos estádios da doença necrosante. Enquanto a gengivite necrosante só afeta a gengiva, na periodontite necrosante há perda de inserção periodontal e na estomatite necrosante a infecção ultrapassa a linha mucogengival (Gasner e Shure, 2023).

Neste caso clínico, a paciente apresentava lesões típicas de gengivite necrosante: apenas a gengiva foi afetada, portanto, não houve perda de inserção periodontal (encontrada normalmente na periodontite necrosante) nem a infecção ultrapassou a linha mucogengival (como ocorre na estomatite necrosante).

Em termos histopatológicos, as lesões da doença periodontal necrosante são caracterizadas por ulceração, com necrose do epitélio e das camadas superficiais do tecido conjuntivo, originando uma reação inflamatória aguda não específica (Holmstrup *et al.*, 2015).

O conhecimento da patogênese desta doença é, no entanto, limitado, uma vez que ainda não é claro se as bactérias observadas nas lesões são causa ou consequência. É, efetivamente, possível que a colonização bacteriana secundária possa surgir após a destruição periodontal, criando um ambiente perfeito para a invasão bacteriana até aos tecidos mais profundos (Herrera *et al.*, 2018). De qualquer forma, é consensual o importante papel dos microrganismos presentes nas lesões, afetando não só o tecido necrótico, mas também o epitélio vital e o tecido conjuntivo (Holmstrup *et al.*, 2015). Microscopicamente, observa-se uma patologia distinta, com a presença de uma úlcera dentro do epitélio escamoso estratificado e uma reação inflamatória aguda não específica na camada superficial do tecido conjuntivo gengival, perfazendo um total de quatro áreas no interior destas lesões (Herrera *et al.*, 2018).

Os pacientes geralmente relatam uma dor muito forte, um odor oral fétido e um início rápido da doença, característica das doenças periodontais necrosantes - a periodontite necrosante pode levar à perda da fixação periodontal em poucos dias (Todescan e Nizar, 2013; Malek *et*

al., 2017). Em algumas DPN, o envolvimento sistémico pode ser visto através do edema dos gânglios linfáticos regionais. Febre e mal-estar estão associados a estadios mais avançados de doenças periodontais necrosantes como, por exemplo, na periodontite necrosante (Malek *et al.*, 2017). As lesões DPN são extremamente dolorosas, o que proporciona uma boa característica diferenciadora das doenças periodontais regulares que não provocam dor. Como resultado, os pacientes tendem a parar as suas práticas de higiene oral, contribuindo para a halitose. Além disso, os pacientes podem diminuir a ingestão de bebidas e alimentos, tornando-se potencialmente desnutridos, exacerbando os sintomas de febre ou mal-estar (Berres e Marinello, 2004).

No caso clínico apresentado, a paciente relatou dor muito forte e halitose. Uma vez que cinco meses antes tinha recorrido à clínica e não apresentava sintomas de doença, pode-se considerar que teve um início rápido. Não apresentava febre, o que permite identificar um estadio menos avançado de doença periodontal necrosante. A paciente alterou a ingestão de alimentos, passando para uma dieta líquida.

O sinal clínico mais típico de DPN é a necrose tecidual, vista como gengiva ulcerada e necrótica, com uma distinta aparência "perfurada" ou "cratera" (Dufty, Gkranias e Donos, 2017). Estes tecidos gengivais necróticos são cobertos por uma pseudomembrana que contém proteínas plasmáticas e glóbulos brancos. Foi identificada uma gengiva ulcerada e necrótica coberta por pseudomembrana, no caso clínico em estudo.

Quando a GN progride para PN, ocorre perda do ligamento periodontal e osso alveolar. Uma área eritematosa linear demarca a zona ulcerada da gengiva anexada, mucosa alveolar e gengiva livre (Todescan e Nizar, 2013). Pode ser evidente uma hemorragia provocada ou espontânea. A perda de fixação é a principal característica da periodontite necrosante; no entanto, bolsas periodontais profundas são incomuns (epitélio juncional é necrotizado) (Todescan e Nizar, 2013). A doença progride tão rapidamente que há pouco tempo para a formação de bolsas (Dufty, Gkranias e Donos, 2017). Na estomatite necrosante, há uma destruição da mucosa oral além da junção mucogengival e exposição óssea, com necrose óssea alveolar e possível sequestro (Todescan e Nizar, 2013).

Existem várias complicações de doenças periodontais necrosantes, a maioria das quais está relacionada com a natureza destrutiva da doença. Estas complicações incluem perda de dentes, necrose extensa de tecidos moles, exposição do osso alveolar, sequestro de fragmentos ósseos, bacteremia e perda de peso e desidratação (Todescan e Nizar, 2013).

De uma forma genérica, sendo que os fatores predisponentes mais comuns para a GN são todos aqueles que alteram a resposta imunológica do hospedeiro, é sempre preciso mais do que um fator para que esta doença se manifeste (Herrera *et al.*, 2018). Os vários fatores que têm sido estudados compreendem: doenças sistémicas, incluindo a infeção pelo VIH, desnutrição, higiene oral deficiente, gengivite pré-existente, história prévia de doença periodontal necrosante, stresse, sono inadequado, consumo de tabaco e álcool, origem caucasiana, e pacientes jovens (Bascones-Martínez e Escribano- Bermejo, 2005; Holmstrup e Westergaard, 2005). No caso clínico apresentado conseguimos identificar alguns destes fatores tais como a higiene oral deficiente, stresse e o facto de se tratar de uma paciente jovem.

A recorrência de doenças periodontais necrosantes não é incomum e, portanto, recomendam-se consultas de controlo regulares. Além disso, um fator crítico no prognóstico de DPN é a gestão dos fatores de risco. O prognóstico é mais favorável se os pacientes diminuírem estes fatores: higiene oral, nutrição, stresse psicológico ou tabagismo. No caso clínico em estudo, a motivação da paciente para remover com sucesso o biofilme supragengival através das instruções de higiene oral, permitiu controlar este fator de risco e diminuir a possibilidade de recidiva desta doença.

Prevê-se um aumento espontâneo da prevalência de lesões periodontais agudas, particularmente da doença periodontal necrosante, de acordo com o aumento dos casos confirmados por COVID-19. A etiologia das lesões de DPN pode estar associada a co-infeções bacterianas orais em pacientes com COVID-19. Análises metagenómicas das pessoas infetadas com o síndrome respiratório agudo grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) frequentemente identificam leituras bacterianas anormalmente altas de *Prevotella intermedia*, além de géneros patogénicos comuns implicados no aparecimento e progressão de doenças orais, como *Streptococci*, *Fusobacterium*, *Treponema* e *Veillonella* (Chakraborty, 2020). P.

intermedia é considerada uma das principais espécies bacterianas etiológicas para várias lesões periodontais agudas, que, juntamente com as espécies de *Fusobacterium* e *Treponema*, constituem uma grande proporção da microbiota presente nas lesões DPN (Herrera *et al.*, 2018).

No caso clínico em estudo, como antecedentes pessoais, a paciente refere ter tido Covid-19 em Janeiro de 2022; e os primeiros sintomas da doença periodontal surgem em Outubro de 2022. Portanto, não é seguro fazer uma ligação entre essas duas doenças, porque há 9 meses de diferença.

O stresse e a doença periodontal têm uma estreita relação justificada por dois fatores: um deles é a mudança de comportamento; o outro é a consequente diminuição da resposta imunológica. As adoções de bons hábitos de higiene oral dependem muito do estado de saúde mental do paciente e os distúrbios psicológicos podem levar os pacientes a negligenciarem a sua higiene oral. A acumulação de placa bacteriana é prejudicial ao tecido periodontal. Tanto o aumento quanto a diminuição do fluxo salivar, decorrente de distúrbios emocionais, podem afetar adversamente o periodonto. O stresse emocional também pode produzir alterações no pH da saliva e na composição química, como a secreção de IgA. Esses eventos mostram que a saúde periodontal é influenciada por mudanças salivares (Bascones-Martínez e Escribano-Bermejo, 2005).

Em comparação com o caso clínico descrito, algumas destas manifestações podem ser encontradas. A paciente revelou ter um grande período de stresse em meados de Setembro, e uma falta de higiene oral durante este período, que podem estar na origem do aparecimento da doença.

O bruxismo é também considerado um fator predisponente à doença periodontal e, geralmente, está ligada ao stresse e à ansiedade. Os efeitos do bruxismo no periodonto são visualizados por intermédio de agravamento da doença peri-oral, perda de inserção acelerada e perdas ósseas verticais ou anguladas, nas regiões de maior trauma (Primo *et al.*, 2009). Foi identificado bruxismo noturno na paciente do estudo.

O exame da cavidade oral não pode ser considerado completo sem que inclua uma minuciosa análise da condição periodontal do paciente. As informações obtidas durante o exame clínico periodontal são essenciais à detecção de eventuais doenças periodontais, assim como ao reconhecimento do seu tipo e da sua severidade. Tais dados, reunidos, permitem um acurado diagnóstico e o desenvolvimento de um plano adequado de tratamento (Carneiro *et al.*, 2007).

Normalmente, a sondagem é realizada em todos os dentes presentes, em seis locais distribuídos ao redor de cada dente (168 locais num indivíduo com a dentição total, excetuando os sisos), o que leva muito tempo a realizar. As sondagens parciais, a nível de certos dentes específicos ou em metade da dentição (um quadrante maxilar e um quadrante mandibular), permitem contornar este problema. No entanto, uma sondagem periodontal parcial subestima a prevalência de periodontite em comparação com uma sondagem periodontal completa (Savage *et al.*, 2009). No caso clínico descrito, a sondagem foi total.

Assim, dada a relevância do exame clínico periodontal, sugere-se, aqui, uma sequência didática que envolve o reconhecimento e a documentação dos sinais clínicos de inflamação, da presença de fatores etiológicos, dos danos causados às estruturas periodontais, de problemas muco-gengivais, bem como da avaliação de oclusão (Carneiro *et al.*, 2007).

O tratamento da paciente do caso clínico descrito incluiu uma primeira fase direcionada ao alívio dos sintomas como o mal-estar generalizado, ou seja, de fase aguda com prescrição de agentes antimicrobianos sistémicos e anti-inflamatórios. Embora o regime antibiótico mais utilizado seja a associação de Metronidazol com Amoxicilina, 500 mg e 3 vezes por dia, a escolha para esta paciente foi a Amoxicilina associada ao Ácido clavulânico, 875/125mg, 12 em 12 horas, 8 dias. Esta escolha é válida no caso de doenças necrosantes pois, enquanto o Metronidazol age exclusivamente sobre a flora bacteriana anaeróbia, a Amoxicilina age sobre bactérias Gram-positivas e Gram-negativas. A associação ao Ácido Clavulânico permite a eficiência contra bactérias Beta-lactâmicas; a associação ao Metronidazol permite aumentar o espectro de ação do medicamento (Silva *et al.*, 2007).

Também nesta fase, deve ser dada especial atenção ao controlo de todos os fatores predisponentes que podem influenciar o curso da doença, tais como o tabagismo, higiene oral, o sono inadequado ou o stresse (Herrera *et al.*, 2018).

Esta fase, incluiu também o controlo químico de placa com clorhexidina a 0,12%, duas vezes ao dia. A clorhexidina é um meio eficaz para reduzir a formação de placa bacteriana, principalmente quando a escovagem não é realizada adequadamente.

A maioria dos autores recomendam bochechos com clorhexidina a 0,12%, duas vezes ao dia (Todescan e Nizar, 2013). Porém, existem autores que preferem usar o peróxido de hidrogénio (H₂O₂), em solução a 3% diluído em partes iguais de água, que é uma substância largamente utilizada em Medicina Dentária como antisséptico (Hodgdon, 2013). No caso clínico descrito, na primeira consulta foi prescrito um colutório com clorhexidina além de bochechos com peróxido de hidrogénio; a partir da segunda consulta foi aconselhado apenas a clorhexidina.

O uso de agentes antimicrobianos tópicos não são recomendados devido ao grande número de bactérias presentes no interior dos tecidos onde o medicamento seria incapaz de alcançar concentrações adequadas (Herrera *et al.*, 2018).

A segunda fase consiste no controlo da condição pré-existente. Inclui a instrumentação mecânica supra e infra-gengival e o reforço da motivação e das instruções de higiene oral.

A fase do tratamento corretivo, por seu lado, ambiciona corrigir todas as sequelas provocadas pela doença como por exemplo crateras gengivais ou ulcerações, que podem levar a recorrência da doença porque favorecem a acumulação da placa bacteriana. Neste caso clínico, não foi necessário realizar cirurgia periodontal como gengivoplastia ou gengivectomia porque os resultados, uma semana depois da instrumentação mecânica, foram satisfatórios. O tratamento só estará completo assim que todos os defeitos gengivais estejam corrigidos ou eliminados, estabelecendo assim condições ao paciente para um controlo adequado da placa bacteriana (Holmstrup *et al.*, 2015). O objetivo foi atingido neste caso.

Na última fase do tratamento, denominada fase de suporte ou de manutenção, a paciente do caso clínico em estudo não manifestava sinais de necrose, nem quaisquer sintomas agudos de GN. Deve ser regularmente seguida, onde o objetivo principal passa pelo controlo das práticas de higiene oral e dos fatores predisponentes à doença.

Assim, o tratamento possibilitou a melhoria da saúde periodontal e auto-estima da paciente; a cada sessão foi perceptível a evolução e comprometimento da doente com a sua saúde oral.

IV. CONCLUSÃO

A doença periodontal necrosante é o termo genérico que engloba um conjunto de patologias graves e rapidamente destrutivas, ou até mesmo potencialmente fatais, embora de baixa prevalência. O seu fator etiológico está relacionado com a ação de bactérias e vários fatores predisponentes de risco foram relatados como tendo um efeito muito significativo na sua gravidade. Esses fatores incluem o tabaco, o stress, a falta de higiene e a imunodeficiência.

As características clínicas e o diagnóstico diferencial possível entre GN e PN, perceptíveis no caso específico estudado, demonstram que esta doença seria uma gengivite necrosante. O quadro clínico apresentado pela paciente mostra um caso em estadio inicial, o que levanta uma questão: se a doença em estudo estivesse em estadio mais avançado, seja por maior agressividade da doença, seja pela demora ou ausência adequada de tratamento, ela resultaria numa periodontite necrosante ? Assim, este caso clínico enquadra-se na decisão da nova classificação das doenças periodontais que classifica ambas as doenças, tanto GN quanto PN, como DPN.

Deve salientar-se a importância das consultas periódicas no Médico Dentista, mesmo após o diagnóstico e o início do tratamento, a fim de restabelecer a saúde oral e geral da paciente, evitar a recidiva e aumentar a longevidade dentária. A manutenção de uma boa higiene oral é uma medida essencial na prevenção da doença. Mesmo que a doença necrosante seja acompanhada por uma perda clínica de deslocamento gengival, a resolução após o tratamento é rápida e é possível a regeneração dos tecidos interdentários afetados.

No presente caso clínico foi possível determinar o diagnóstico de gengivite necrosante e foi seguido o protocolo de tratamento convencionado para a resolução da doença em estudo.

V. BIBLIOGRAFIA

- Aaron, S. L. e DeBlois, K. W. (2022). Acute Necrotizing Ulcerative Gingivitis.
- Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Annals of Periodontology*, 4(1), pp. 1-6.
- Bascones-Martinez, A. e Escribano-Bermejo, M. (2005). *Necrotizing periodontal disease : a manifestation of systemic disorders*.
- Berres, F. e Marinello, C. P. (2004). Necrotizing ulcerative periodontitis. Diagnosis, treatment and follow-up--a case report. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*.
- Biosse Duplan, M. e Saffar, J. L. (2014). « Appareil d'ancrage ». In *Parodontologie & dentisterie implantaire*. Volume 1, Médecine parodontale, par P. Bouchard, 21- 38. Paris : Lavoisier Médecine Sciences.
- Caton, J. *et al.* (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions. Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Clinical Periodontology* ;89(suppl. 1):S1-S8.
- Carneiro, S. *et al.* (2007). Bases fundamentais do plano de tratamento periodontal – exame e avaliação. *Revista Peridontia*.
- Chakraborty, N. (2020). The COVID-19 pandemic and its impact on mental health. *Journal Progress in Neurology and Psychiatry*.
- Cordeiro, M. (2004). Doença periodontal necrosante: gengivite ulcerativa necrosante – relato de caso.
- Dufty, J., Gkraniias, N. e Donos, N. (2017). Necrotising Ulcerative Gingivitis: A Literature Review. *Oral Health Prev Dent* .;15(4):321-327.
- Feller, L. e Lemmer, J. (2005). Necrotizing gingivitis as it relates to HIV infection: a review of the literature. *Periodontal Prac Today*;2:31–37.
- Gaggl, A. *et al.* (2006). Local oxygen therapy for treating acute necrotizing periodontal disease in smokers, *Journal of Clinical Periodontology*.
- Garnier, M. *et al.* (2015). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Édité par P. Casassus. 32e éd. Paris : Maloine.
- Gasner, N. e Schure, R. (2023). *Periodontal Diseases*.
- Gasner, N. e Schure, R. (2020). *Necrotizing Periodontal Disease*.
- Herrera et al. (2018). Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions, *Journal of Periodontology*, 89, pp. 85-102.
- Hodgdon, A. (2013). Dental and related infections. *Emerg Med Clin North Am*;31(2):465–80.
- Holmstrup, P. e Westergaard, J. (2005). Doença periodontal necrosante. Em: Lindhe J, Karring T, Lang NP, editores. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 4.a edição.

- Holmstrup, P. *et al.* (2015). The complement system and its role in the pathogenesis of periodontitis: current concepts. *Journal Periodontal Research*.
- Jia Jia, M. *et al.* (2021). Subgingival microbiome dynamic alteration associated with necrotizing periodontal disease: a case report.
- Lang, N. P. e Bartold, P. M. (2018). Periodontal health, *Journal of periodontology* 89, no S1: S9-16.
- Lim, G. *et al.* (2020). Periodontal Health and Systemic Conditions. *Dental Journal*, 8(4), 130.
- Lopes, M. *et al.* (2011). Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida.
- Machado, M. *et al.* (2020). Semiologia das doenças periodontais.
- Malek, R. *et al.* (2017) Necrotizing Ulcerative Gingivitis. *Contemp Clin Dent* ;8(3):496-500.
- Murayama, Y. *et al.* (2000). Acute necrotizing ulcerative gingivitis: risk factors involving host defense mechanisms. *Journal Periodontol* 2000.
- Papapanou, P. *et al.* (2018) Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions.
- Pihlstrom, B.L., Michalowicz, BS. e Johnson, N.W. (2005). Periodontal diseases. *Lancet*, 2005. 366(9499): p. 1809-20.
- Primo, P. *et al.* (2009). Considerações fisiopatológicas sobre bruxismo. *Revista Ciência Saúde. UNIPAR*, Umuarama 13, n. 3, p. 263-266.
- Santos, M. *et al.* (2017). Diferenciação no diagnóstico entre gengivoestomatite herpética primária e gengivite necrosante aguda.
- Savage, A. *et al.* (2009). A systematic review of definitions of periodontitis and methods that have been used to identify this disease. *Journal of clinical periodontology*. 36(6): p. 458-67.
- Silva, T., *et al.* (2007). Chemokines in Oral Inflammatory Diseases: Apical Periodontitis and Periodontal Disease. *Journal Dental Research*; 86(4): 306-19.
- Tkacz, K., Gill, J. e McLernon, M. (2021). Maladies parodontales nécrosantes et abus d'alcool - une cause d'ostéonécrose? *Br Dent Journal*; 231 (4):225-231.
- Todescan, S. e Nizar, R. (2013). Prise en charge des patients atteints de parodontite ulcéro nécrosante. *Journal Dental Association*; 79.

VI. ANEXOS

Anexo 1 – Informação disponibilizada à paciente

Exma. Senhora


Eu, Chloé Cardoso, aluna da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, com o número institucional 37893, convido a Exma. Senhora com o código _____, a participar no caso clínico do meu projeto de dissertação, intitulado de “Doença periodontal necrosante : a propósito de um caso clínico”.

Este projeto tem como finalidade entender como a doença periodontal necrosante aguda se manifesta na cavidade oral, através de uma revisão da literatura, seguida da exposição de um caso clínico, com o intuito de apresentar estas manifestações e a terapêutica e plano de tratamento que lhe podemos aplicar.

Ao aceitar que o seu caso clínico, concordante com os objetivos acima definidos, seja utilizado por mim, para a minha dissertação, concorda, igualmente, que a utilização dos seus dados – como a anamnese, radiografia panorâmica e periapical, fotografias intra e extra-orais, exame periodontal – seja exposto neste trabalho. É de salientar que o anonimato será sempre cumprido.

Abaixo assina que concorda com as informações explicitadas :

Assinatura da investigadora :

 _____

Porto, 12 de Dezembro de 2022.

Anexo 2 – Consentimento informado

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsíngua" da Associação Médica Mundial
(Helsíngua 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)


Designação do Estudo (em português):

"Doença periodontal necrosante: a propósito de um caso clínico"

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) Semhera, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsíngua, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: 12 / Dezembro / 2022

Assinatura do doente ou voluntário são:

O Investigador responsável:
Nome: Chloé Justine Cardoso
Assinatura: 

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo 3 – Parecer Prévio Favorável da Direção Técnica da Universidade Fernando Pessoa



**PARECER PRÉVIO DA DIREÇÃO TÉCNICA DAS CLÍNICAS PEDAGÓGICAS DE
MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (CPMD-UFP)**

-Para efeito de submissão de trabalhos de investigação à Comissão de Ética da UFP-

No seguimento da solicitação efetuada pela estudante Chloe Justine Cardoso ID: 37893 para o desenvolvimento do trabalho/caso clínico intitulado: “*Doença Periodontal necrosante: a propósito de um caso clínico*”, nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa (CPMD-UFP), sob orientação da Senhora Dra. Helena Neves e coorientação da Senhora Dra. Maria João Begonha, a Direção Técnica emite um parecer favorável para a recolha da informação, nas CPMD-UFP, sob o modelo metodológico apresentado.

Com os melhores cumprimentos,


Sandra Gavinha

Direção Técnica das CPMD-UFP

Porto, 12 de abril de 2023

Anexo 4 – Parecer positivo da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa



Universidade Fernando Pessoa

Exma. Senhora
Prof. Doutora Sandra Gavinha
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/MED – 359/23-3	19 de Abril de 2023

Exma. Senhora Professor Doutora,

A Comissão de Ética analisou a ressubmissão do projeto de investigação apresentado por Cléo Justine Cardoso, intitulado "Doença periodontal necrosante: a propósito de um caso clínico", a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

A Comissão de Ética nada tem a opor quanto à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Inês Lopes Cardoso



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

RFC, 582 067 932 - Reg. Comercial nº 28 Conservatória do Registo Comercial de Porto

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA (PT2018); FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÓMICAS; FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

Rua 7 de Abril, 266 - 4200-064 Porto - Portugal - T. +351 22 587 5338 (horário para a rede fixa nacional)

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (Rua Carlos de Matos, 296 - 4200-038 Porto - Portugal - T. +351 22 547 6100 (horário para a rede fixa nacional)

<http://www.ufp.pt> - geral@fundacaofernandopessoa.pt

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE FERNANDO PESSOA

Rua Delfino Neto, 204 - 4200-251 Porto - Portugal

T. +351 22 538 4374 (horário para a rede fixa nacional)

<http://www.fernandopessoa.pt> - geral@fcs.fernandopessoa.pt

