

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

BRENDA KAROLINY DE ARAÚJO INÁCIO

**GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE INFANTIL COM
CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO**

PATOS/PB

ABRIL

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

BRENDA KAROLINY DE ARAÚJO INÁCIO

**GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE INFANTIL COM
CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado á coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título em Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Msc. Elizandra Silva da Penha.

PATOS/PB

ABRIL

2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

I35g Inácio, Brenda Karoliny de Araújo
Gengivite ulcerativa necrosante em paciente infantil com chikungunya:
relato de caso / Brenda Karoliny de Araújo Inácio. – Patos, 2017.
54f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2017.

“Orientação: Prof. Msc. Elizandra Silva da Penha”.

Referências.

1. Gengivite ulcerativa necrosante. 2. Doença periodontal. 3.
Odontopediatria. 4. Chikungunya. I. Título.

CDU 616.311.2

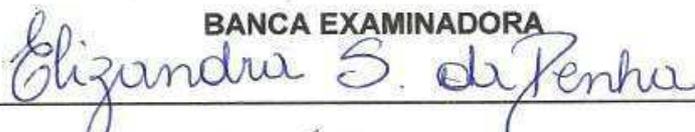
BRENDA KAROLINY DE ARAÚJO INÁCIO

**GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE INFANTIL COM
CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO**

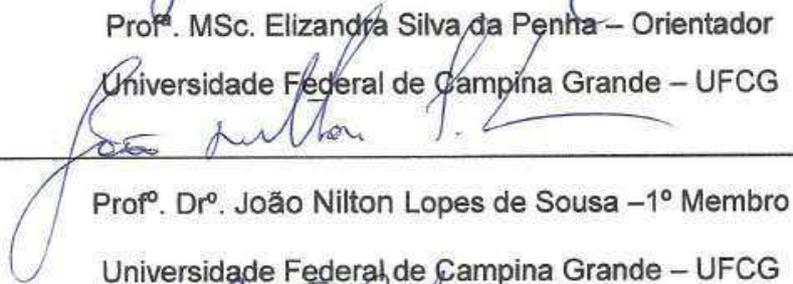
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado á coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título em Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 05/04/2017

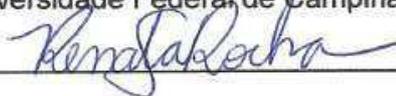
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. MSc. Elizandra Silva da Penha – Orientador
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof^º. Dr^º. João Nilton Lopes de Sousa –1^º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



Prof^ª Dr^ª. Renata Andrea Salvitti de Sá—2^º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico este trabalho aos meus pais, e em especial a minha mãe, que é minha maior incentivadora. Mulher batalhadora, que mesmo com todas as dificuldades, pega a responsabilidade completa pra si, e desempenha o papel de mãe como nenhuma outra. Nunca poupou esforços para dar educação a seus filhos, sempre me mostrando que o estudo é a forma mais fácil e certa de alcançar tudo o que se deseja da vida. A senhora é espelho de mulher e mãe pra mim. Queria dizer nesse dia que todo o seu sacrifício, a economia de dinheiro, cada conselho que a senhora me deu, tudo, valeu á pena, eu nunca vou poder agradecer o suficiente pelo que a senhora fez e faz por mim. Eu te amo mãe.

AGRADECIMENTOS

A reta final do curso é um momento de reflexão, onde paramos pra pensar em tudo o que tivermos que superar para chegar até aqui e em todas as pessoas que contribuíram de forma direta ou indiretamente para que tudo isso se tornasse possível. Primeiramente, agradeço a Deus, pelas portas abertas, e também pelas fechadas, sei que cada vitória e dificuldade me trouxeram até aqui. Obrigada por me presentear com todas as oportunidades que tive durante essa caminhada, espero ter sabido aproveitar cada uma delas da melhor maneira possível.

Aos meus pais Silvéria e José Inácio, que me presentearam com a melhor criação que alguém pode ter me ensinando o valor de cada coisa, contribuindo pra formação da adulta que me tornei hoje. Agradeço cada esforço que foi feito por vocês pra que eu chegasse aqui, eu sei de todas as dificuldades, o que torna essa conquista ainda mais valiosa.

A minha tia Elionete, que tornou possível a minha morada na cidade de Patos, durante esses mais de 5 anos cedeu um lugar na sua casa pra que eu vivesse, me ajudou de todas as maneiras possíveis, diminuindo muito o peso nos ombros da minha mãe. Não tenho palavras para agradecer tudo o que a senhora fez por mim, a minha conquista é sua também, muito obrigada.

As minhas priminhas amadas, Ana Clara e Lídia Maria, que trouxeram alegria aos meus dias durante esses anos de estudo, foram as irmãs que eu não tive, e o meu amor só aumentou durante cada dia de convivência.

Ao meu irmão José Italo, por ser essa pessoa maravilhosa, que sempre me apoiou mesmo que do seu jeito reservado, eu te amo muito irmão, espero ansiosamente estar nos seus agradecimentos quando você também se formar.

A minha avó Adalgisa, por estar sempre presente em cada momento da minha vida, desde criança, sempre me dando muito amor, não sei descrever a importância que a senhora tem pra mim, é um exemplo de vida, uma mulher batalhadora que lutou muito para criar todos os seus filhos, e fez isso de maneira exemplar. Estarei feliz se no fim da minha vida eu for metade da mulher que a senhora é, te amo muito.

A minha tia Lurdinha, a quem sempre fui muito apegada e tenho muito carinho, desde criança, é exemplo pra mim, uma das melhores pessoas que eu conheço, de coração bom, sempre disposta a fazer tudo o que pode pelos outros.

Ao meu padrinho Neves, que mesmo estando muitos anos distante, sempre foi figura presente pra mim, me ajudou, e agradeço muito por isso.

A minha Madrinha Elizabete, que sempre me ajudou, quando digo sempre, não foi só durante a graduação, falo de sempre, desde que eu nasci, foi o maior apoio que minha mãe possuiu, nos ajudou a passar por todas as dificuldades, a chefe da família Juca, que tão nova tomou para si a responsabilidade de cuidar de todos os seus 11 irmãos, e executou muito bem essa tarefa. Foi a primeira a ter um diploma de um curso superior na família, é um espelho pra mim de pessoa, mãe, tia e madrinha. Muito obrigada por tudo.

A todos os meus tios, primos, e demais familiares, que sempre me apoiaram e nunca negaram ajuda nos momentos em que precisei, cada um de vocês são muito importante pra mim.

A minha melhor amiga de infância, Raiany, que foi um ponto de apoio pra mim, em todos os sentidos, a pessoa que sempre confiei pra desabafar todos os problemas e que sempre me ajudou dando conselhos, desde os 9 anos vc é minha melhor amiga, e tenho certeza que vai continuar assim quando eu estiver com 90. Você é muito importante pra mim amiga, obrigada por tudo!

A todos os amigos que conquistei durante esses 5 anos de jornada: Ana Amélia, Iana, Diego, Danilo, Kyara, Ivanildo, Aristóteles, Leokádia. A companhia de vocês a cada dia tornou tudo mais fácil pra mim, vou sentir muita saudade desta nossa rotina.

A todos os professores que contribuíram para a minha formação, em especial aos mestres e doutores da Universidade Federal de Campina Grande. Agradeço pelo ensino de qualidade que me foi oferecido dentro da instituição, que tornou possível a minha formação profissional.

A minha orientadora Elizandra, que sempre foi muito prestativa durante o desenvolvimento desde trabalho de conclusão de curso. A senhora é modelo de profissional, daquelas que de longe mostra que faz o que ama, isso é muito nítido pra mim, te admiro muito por isso. Se eu for feliz na minha vida profissional metade do que a senhora é, já vou ser a dentista mais feliz do mundo! Mas principalmente, minha admiração vem da pessoa que você é, alto astral e divertida, sempre com um sorriso no rosto, e disposta a fazer a outras sorrirem também, e se a pessoa for besta pra rir como eu, ai é que da certo. Admiro-te também como mãe, pra mim não tem coisa mais linda que sua relação com Myminha, mistura de irmã com melhor

amiga, sou sua fã. Enfim, muito obrigada por cada ensinamento passado, por cada história da sua vida que me foi contada, até hoje se alguém me falar a palavra “péa” eu lembro da senhora. Obrigada por ser essa professora “gente como a gente” admirada por todos.

Aos funcionários da UFCG: Neuma, Diana, Poliana, Damião, e tantos outros que trabalham para tornar o nosso sonho possível, muito obrigada.

Aos meus pacientes que tornaram possível o meu aprendizado clínico, me proporcionando a oportunidade de desenvolver minhas habilidades na realização dos procedimentos.

RESUMO

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN) faz parte de um grupo de doenças que acomete o periodonto de forma grave e rara, caracterizada por áreas de necrose gengival. Em crianças, é um achado ainda mais incomum, e quando ocorre, normalmente está relacionado a algum comprometimento sistêmico do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de Gengivite Ulcerativa Necrosante em uma criança, com diagnóstico clínico de Chikungunya. Trata-se de um paciente de 8 anos de idade, gênero masculino, que procurou a Clínica Escola de Odontologia da UFCG queixando-se de “dor na gengiva”. Clínicamente foi observada presença de necrose limitada a margem gengival vestibular e nas pontas das papilas interdentais na região antero superior. Para a realização do diagnóstico, verificou-se presença de sinais característicos da doença, como: dor, dificuldade de higienização e alimentação, necrose gengival, odor fétido e candidíase. Foi realizado um tratamento conservador com raspagem e alisamento coronário e radicular, limpeza com peróxido de hidrogênio a 10 volumes e prescrição de bochechos com solução de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia por 15 dias, sem necessidade do uso de antibiótico. O acometimento pela Chikungunya foi fator primordial para o aparecimento da GUN, pois ocorre uma baixa da imunidade, possibilitando o aparecimento dos sinais clínicos da doença. Foi realizado acompanhamento durante quase um mês, onde observou-se o completo reestabelecimento da saúde periodontal do paciente.

Palavras-chave: Gengivite Ulcerativa Necrosante. Doença Periodontal. Odontopediatria. Chikungunya.

ABSTRACT

Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) is part of a group of diseases that affects the periodontium of serious and rare form, characterized by gingival necrosis areas. In children, is a find even more unusual, and when it occurs, is usually related to some systemic impairment of the individual. The aim of this study was to report a case of Necrotizing ulcerative gingivitis in a child with clinical diagnosis of Chikungunya. This is a patient of 8 years of age, male gender, who searched the clinic School of dentistry UFCG complaining of pain in the gums ". Clinically observed presence of necrosis limited to vestibular and gingival margin at interdental papillae tips in the region upper anterior. For the diagnosis, there was the presence of characteristic signs of the disease, such as: pain, difficulty feeding and cleaning, gingival necrosis, foul odor and candidiasis. Conservative treatment was done with scraping and planing root cleaning and coronary with 10 volumes hydrogen peroxide and prescription mouthwashes with 0.12% chlorhexidine to twice daily for 15 days, without requiring the use of antibiotics. The involvement by the Chikungunya has been primary factor for the appearance of the GUN, because there's a lower imunidadede, allowing the appearance of clinical signs of disease. Monitoring was carried out for almost a month, where there was the complete re-establishment of the periodontal health of the patient.

Keywords: Necrotizing Ulcerative Gingivitis. Periodontal Diseases. Pediatric Dentistry. Chikungunya.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Periodontologia
AAPD	Academia Americana de Odontologia Pediátrica
CPI	Índice Periodontal Comunitário
EUN	Estomatite Ulcerativa Necrosante
GUN	Gengivite Ulcerativa Necrosante
HIV	Human Immunodeficiency Virus
H2O2	Peróxido de Hidrogênio
IHB	Índice de Higiene Bucal
ISG	Índice de Sangramento Gengival
PUN	Periodontite Ulcerativa Necrosante
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1	DOENÇAS PERIODONTAIS NA ODONTOLOGIA.....	13
2.1.1	Classificação das doenças periodontais.....	13
2.1.1.1	Doenças Gengivais: induzidas e não-Induzidas por Placa Bacteriana..	13
2.1.1.2	Periodontite Crônica.....	14
2.1.1.3	Periodontite Agressiva.....	14
2.1.1.4	Periodontite Como Manifestação de Doenças Sistêmicas.....	15
2.1.1.5	Doenças Periodontais Necrosantes.....	15
2.1.1.6	Abscessos do Periodonto.....	16
2.1.1.7	Periodontite Associada com Lesão Endodôntica.....	16
2.2	GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM CRIANÇAS.....	16
2.3	EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS PERIODONTAIS EM CRIANÇAS.....	17
2.4	TRATAMENTO DA GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM CRIANÇAS.....	19
	REFERÊNCIAS.....	21
3	ARTIGO.....	24
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
	ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	44
	ANEXO B- TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS.....	45
	ANEXO C- NORMAS DA REVISTA.....	46

1 INTRODUÇÃO

A falta de higienização e consequente formação de biofilme é uma das maiores causas da ausência de saúde periodontal. O seu acúmulo na superfície dentária causa uma série de reações inflamatórias nos tecidos circunvizinhos ao dente, que podem ir desde uma gengivite, até uma periodontite. A gengivite se caracteriza como uma inflamação identificada por presença de sangramento a sondagem ou espontâneo na região, restrita a gengiva e sem perda de inserção. Já a periodontite é diagnosticada pela reabsorção de tecido ósseo alveolar, que se não tratada, pode evoluir, tornando-se inevitável a perda do elemento dentário. Existem outros fatores etiológicos que podem contribuir para o aparecimento de patologias do periodonto, como a modificação causada por fatores sistêmicos (ciclo menstrual, puberdade, gravidez...), medicamentos, desnutrição, presença de bactérias, vírus, fungos, ordem genética, entre outras (FLEMMING & BEIKLER, 2011).

Dentre as enfermidades que acometem o periodonto, as doenças periodontais necrosantes se destacam por representarem a forma mais grave de problema provocado pela ação da placa bacteriana (MICHEL et al., 2012), e fatores como a presença de cálculo, restaurações com excesso marginal, posicionamento dentário irregular, e até acúmulo de alimento na região podem contribuir para agravar esses quadros. Fazem parte deste grupo a gengivite ulcerativa necrosante (GUN), periodontite ulcerativa necrosante (PUN) e estomatite ulcerativa necrosante (EUN) (ROGRIGUES et al., 2015). Essas doenças compõem um grupo de condições que atingem os tecidos periodontais de forma mais rápida e agressiva, e possuem etiologia multifatorial e complexa, com o odor fétido como um achado clínico característico (STEFFENS et al., 2011). A GUN é caracterizada pela presença de áreas de ulceração na gengiva marginal com necrose dessas regiões, mas sem envolvimento do periodonto de inserção, já a PUN apresenta as mesmas características, com áreas necróticas, mas é acompanhada de perda da inserção e formação de bolsas e sequestros ósseos. A EUN é ainda mais agressiva, com lesões que se estendem além da junção mucogengival, acompanhada de grande destruição óssea, e geralmente com envolvimento sistêmico sendo associada a maior morbidade (MICHEL et al., 2012).

O tratamento da GUN possui duas fases; a fase inicial e a de manutenção. Na primeira, o foco é a remoção do processo agudo propriamente dito, com retirada de tecido necrótico, biofilme bacteriano e cálculo dentário por meio de raspagens supragengivais, e retirada de fatores locais. Na fase de manutenção, são realizados bochechos com clorexidina 0,12% por 1 minuto, durante 7 dias, para que ocorra a remissão das lesões. É essencial que acompanhado dessas medidas, esteja o cuidado reforçado na higiene bucal por parte do paciente, para que haja adequado controle do biofilme, e o tratamento seja efetivo, com remissão total das lesões (STEFFENS et al., 2011).

Nas crianças, a forma mais comum de comprometimento periodontal é a gengivite, onde se apresenta de maneira quase universal, devido à deficiência da higienização apresentada nessa faixa etária, e por ser tão comum, acaba passando despercebida aos olhos dos profissionais de saúde, que esquecem a evolução da doença não tratada, podendo progredir para quadros mais graves (ROCHA et al., 2014). A periodontite apresenta baixa prevalência nesses pacientes, ocorrendo de forma rara, mas não deixando de ter importância, pois esta se apresenta de maneira muito mais agressiva, destrutiva e de rápida progressão, resultando na perda de estruturas de suporte, e até à perda do elemento dentário (FABRI et al., 2014).

As doenças periodontais necrosantes em crianças são raras, e quando existem geralmente estão associadas a algum comprometimento sistêmico. É importante o acompanhamento do cirurgião dentista nesses casos, para uma intervenção precoce, evitando danos maiores ao paciente infantil (ARAÚJO et al., 2015). Na Chikungunya, esse comprometimento encontra-se presente, atingindo a imunidade do paciente, fazendo surgir algumas manifestações orais da doença, como: dor, hemorragia e a sensação de queimadura nas gengivas, incapacidade de mastigar e engolir, halitose e ulceração (KATTI; SHAHAPUR; UDAPUDI, 2011).

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de GUN em um paciente infantil acometido por Chikungunya, observando a efetividade do tratamento realizado na fase inicial da doença. Casos como este são raros e importantes para que o profissional tenha maior esclarecimento sobre o desenvolvimento clínico da doença, facilitando o diagnóstico para assim possibilitar a realização de um tratamento adequado, no menor tempo possível.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DOENÇAS PERIODONTAIS NA ODONTOPEDIATRIA

Caracterizam-se por ser um dos grupos de doenças com maior prevalência na cavidade oral da população em geral, ficando atrás somente da cárie dentária (CHEACHIRE L. A. et al., 2013). O mesmo se aplica a crianças e adolescentes. São condições inflamatórias que atingem os tecidos de proteção, sustentação e suporte dos dentes, e estão presentes em todas as faixas etárias (JESUS, 2013). Essa inflamação é causada principalmente pelo acúmulo de biofilme sobre o tecido dentário, resultando em inflamação do periodonto de proteção, a chamada gengivite. Quando não tratada, a doença pode evoluir, causando destruição do tecido ósseo circunvizinho ao dente, sendo denominada de periodontite (ANTONINE et al., 2013).

2.1.1 Classificação das doenças periodontais

A classificação mais atual para as doenças periodontais foi dada há alguns anos, em 1999, durante o 1º Workshop Europeu de Periodontologia, onde foi revisado o sistema de classificação para doenças periodontais feito anteriormente, no workshop de Periodontia Clínica em 1989. Essa nova classificação foi realizada pela AAP (Academia Americana de Periodontologia) (DIAS et al., 2006). Para ARMITAGE (1999), o ato de subdividir essas doenças é de fundamental importância, pois facilita o seu tratamento e diagnóstico precoce, que é importante para o sucesso da resolução das patologias periodontais.

2.1.1.1 Doenças Gengivais: induzidas e não-Induzidas por Placa Bacteriana

Nesta nova classificação, as doenças gengivais foram subdivididas em doenças gengivais induzidas por placa bacteriana e não-induzidas por placa bacteriana. Em ambas ocorrem mudanças no aspecto clínico da gengiva, que passa a ter uma coloração mais avermelhada, com aspecto edemaciado, normalmente ocorrendo sangramento durante a escovação (PORTELLA, 2016). O que as difere é o fator etiológico, pois na induzida por placa a causa é o acúmulo de biofilme e sua gravidade vai depender da quantidade de presente. Já na não-induzida por placa, a inflamação da gengiva é causada pela presença de bactérias específicas, vírus ou fungos (GONZAGA et al., 2015). A gengivite é a doença que acomete o periodonto

de maior prevalência em crianças. Os valores de acometimento variam de acordo com a metodologia do estudo empregado, o sistema de nomenclatura e também classificação, mas sempre há uma significância da doença na população infantil (ROCHA et al., 2014).

2.1.1.2 Periodontite Crônica

A periodontite crônica é a mais comum das formas de doença periodontal destrutiva em adulto, tem uma taxa de progressão baixa, ocorrendo de maneira lenta e gradual durante a vida do indivíduo, sendo comum em pessoas de idade mais avançada, e é caracterizada por perda clínica de inserção em decorrência da destruição do ligamento periodontal e perda de osso de suporte (BRITO et al., 2015). Por precisar de tempo pra se desenvolver, não é uma doença comumente observada em crianças e adolescentes, mas ela pode ocorrer também nessas fases da vida, afetando dentição decídua e permanente (AAP, 2000).

2.1.1.3 Periodontite Agressiva

Diferente da crônica, a periodontite agressiva é caracterizada por uma rápida progressão e destruição severa do periodonto, encontradas principalmente em indivíduos mais jovens. Como critério para o diagnóstico podemos citar a idade de início precoce (antes dos 25 anos de idade), e o envolvimento de múltiplos dentes com um padrão de perda óssea e de inserção periodontal, onde radiograficamente apresenta-se como perda óssea vertical nas superfícies proximais dos dentes posteriores ou perda horizontal em casos avançados, geralmente bilateralmente semelhantes (ALBANDAR, 2014). Além disso, podemos citar a alta progressão da doença, a ausência de doenças sistêmicas que comprometam a resposta do hospedeiro à infecção, forte agregação familiar dos casos, o que indicaria um fator genético (SCAPOLI et al., 2011) e a presença de tipos bacterianos específicos (HAUBEK D. et al., 2014; SILVEIRA V. R. S. et al., 2013).

Na população infantil, para classificar a extensão da doença, é avaliado o número de dentes que são afetados, sendo que, se a doença afetar 2 a 7 dentes na dentição mista ou 2 a 4 dentes na dentição permanente ela é classificada como localizada, se existir de 8 a 13 dentes na dentição mista ou 5 a 9 na dentição

definitiva a doença é tida como generalizada. Já para determinar a gravidade, existem três graus que se baseiam na altura de osso perdido em relação à raiz do dente. A raiz do dente é dividida em três terços, sendo dada a classificação: de leve, se a perda se encontrar no terço superior da raiz; moderada, se a perda óssea afetar mais do que dois dentes numa extensão superior a um terço da raiz, mas inferior a metade do seu comprimento total; e de grave, se a perda óssea passar a metade superior da raiz em pelo menos dois dentes (CARVALHO, 2013).

2.1.1.4 Periodontite Como Manifestação de Doenças Sistêmicas

As doenças periodontais podem ser reflexo de algum comprometimento sistêmico do indivíduo. Elas causam inflamação, que se disseminam por outras regiões além da cavidade oral. Foi demonstrado tratar-se de um componente subjacente essencial de diversas doenças inflamatórias e imunomediadas como a aterosclerose, diabetes mellitos e doenças reumáticas autoimunes sistêmicas (FABRI et al., 2014). Em crianças, formas mais graves de doença periodontal normalmente surgem como manifestação de uma ou várias doenças sistêmicas. O sistema imunitário debilitado compromete a resposta do hospedeiro à placa bacteriana, aumentando a suscetibilidade para a destruição óssea e perda precoce dos dentes. Podem ter como causa desde problemas reumáticos (FABRI et al., 2014), diabetes (ALCOBAÇA, 2015), até casos de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (RIBEIRO et al., 2013), entre outros.

2.1.1.5 Doenças Periodontais Necrosantes

Consideradas como uma das apresentações mais severas da doença periodontal provocada pelo acúmulo de biofilme, são caracterizadas por presença de áreas de necrose e pseudomembrana que recobrem os tecidos gengivais. A doença se desenvolve de maneira agressiva, aguda, rápida e deliberante. São subdivididas em GUN, PUN, e EUN. O que diferencia a GUN da PUN é justamente a presença de perda de tecido ósseo alveolar, identificado por meio de radiografias e pela presença de bolsa periodontal, quando submetido à sondagem. Já a EUN é um quadro ainda mais severo, onde a destruição se propaga além da junção mucogengival, com perda óssea mais acentuada e ainda é observado envolvimento da saúde sistêmica

do paciente, que apresenta problemas como linfadenopatia e febre (MICHEL et al., 2012).

O diagnóstico dessas doenças é feito de modo a considerar principalmente achados clínicos. O exame radiográfico é mais para verificação do envolvimento de perda de tecido ósseo. Esse tipo de doença em crianças, assim como em adultos, normalmente está relacionada a algum comprometimento sistêmico. Apresenta-se de maneira rara nessa faixa etária (RIBEIRO et al., 2013).

2.1.1.6 Abscessos do Periodonto

O abscesso periodontal apresenta-se como uma coleção de secreção purulenta que se deposita no periodonto devido à obstrução mecânica de uma bolsa periodontal. Isso leva a formação de um edema acentuado nos tecidos gengivais, cuja apresentação clínica mais importante é a dor. Os abscessos que afetam o periodonto podem ser classificados em gengival, periodontal e pericoronário. Considera-se para diagnóstico diferencial os tecidos envolvidos, perda de inserção periodontal e a sua localização ao redor de dentes parcialmente irrompidos (FIGUEIREDO et al., 2012).

2.1.1.7 Periodontite Associada com Lesão Endodôntica

Por se apresentarem em íntima relação, a polpa e o periodonto muitas vezes interferem na saúde um do outro. Essa interação ocorre por estruturas anatômicas como forame apical, canais acessórios e túbulos dentinários. É o que acontece na periodontite associada à lesão endodôntica, que podem ser classificadas em: lesão endodôntica-periodontal, lesão periodontal-endodôntica e lesão combinada. Essa classificação vai ser dada de acordo com a origem da inflamação, que pode ser na polpa, no periodonto, ou em ambos (COSTA et al., 2015).

2.2 GENGVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM CRIANÇAS

A GUN apresenta como principais achados clínicos dor, necrose gengival restrita a sua margem e nas papilas interdentais e sangramento da gengiva. Também pode ser encontrada presença de odor fétido, febre, adenopatia, mal-estar,

desidratação e uma “pseudomembrana” de cor branco-amarelada ou cinza recobrendo as úlceras gengivais (KUMAR; MASAMATTI; VIRDI, 2012).

Segundo MARTHY (2016), as doenças periodontais necrosantes podem desenvolver formas mais graves quando ocorrem em crianças. A inflamação se inicia como uma reação pelo acúmulo da placa bacteriana e na maioria das crianças se mantém como um fenômeno superficial. Existem alguns casos onde ela pode evoluir, como consequência do desequilíbrio entre o desafio microbiano e a resposta do hospedeiro.

Esse tipo de doença raramente ocorre em crianças, e ainda são poucos os estudos sobre o assunto. Quando ocorrem nessa faixa etária, geralmente estão relacionadas a algum comprometimento sistêmico, como é o caso da imunossupressão em pacientes HIV positivos (ARAÚJO et al., 2015). Em alguns casos, podem ser manifestação de doença sistêmica subjacente, enquanto em outros a susceptibilidade aumentada para a doença tem causa desconhecida, mostrando muitas vezes uma tendência familiar, a qual aponta uma predisposição genética (LAINE; CRIELLARD; LOOS, 2012). É de primordial importância à atenção do cirurgião dentista em casos como este, para que ele identifique a doença e a intercepte de maneira eficiente, pois esta, se não tratada, pode evoluir para uma PUN, ou EUN, que debilitaria ainda mais a criança. O fato de doenças consideradas graves aparecerem em pacientes tão jovens, pode indicar grande chance do desenvolvimento de quadros ainda mais preocupantes na sua vida adulta, portanto é relevante a intervenção do profissional pediátrico para impedir problemas futuros (MARTY et al., 2016).

2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS PERIODONTAIS EM CRIANÇAS

A gengivite é quase universal em crianças e adolescentes, sendo a alteração periodontal mais comum nessa faixa etária. Em um estudo realizado por Rocha (2014) com escolares de 3 a 14 anos de idade, foi observado uma prevalência de gengivite em 64,2% da amostra (ROCHA et al., 2014). De acordo com a pesquisa de Botero em 2015, a gengivite é encontrada na América Latina em 35% da população infantil, com grande frequência na Colômbia (77%), Bolívia (73%), e menor prevalência no México (23%). Como explicação para isso, deve ser levado em consideração os hábitos de higiene bucal que se tem nessa época da vida

(BOTERO et al, 2015) . No estudo de Barata em 2013 com crianças e adolescentes, constatou-se que dos participantes da pesquisa apenas 1,9% afirmaram fazer uso do fio dental diariamente, 16% utiliza às vezes e 82,1% não completa a sua higiene oral com o auxílio do fio dental (BARATA et al., 2013). Essa falta de cuidado com a higiene bucal pode ser uma das explicações para prevalências tão altas de gengivite nessa época da vida.

Segundo o maior estudo epidemiológico realizado no Brasil, o SBBRASIL realizado em 2010, ao medir a condição periodontal dos indivíduos por meio do Índice Periodontal Comunitário (CPI), foi observado que uma porção significativa da população brasileira jovem (que nesse estudo foi representada por crianças de 12 anos), apresenta cálculo dentário em 23,7% dos casos e sangramento gengival em 11,7%. Apenas 63% das crianças com 12 anos de idade possuem uma condição periodontal saudável. A presença de cálculo e gengivite é mais comum nessa faixa etária, mas em contrapartida as doenças periodontais mais graves, incluindo as doenças periodontais necrosantes, com envolvimento de bolsas periodontais rasa ou profunda, tem maior prevalência entre os adultos (SBBRASIL, 2010). Esses números indicam a probabilidade aumentada de desenvolvimento de algum tipo de doença periodontal, mesmo em uma idade tão jovem.

A GUN é uma doença que ocorre mais em adultos jovens, e mesmo assim de forma rara. Quando se fala em crianças, esse número é ainda mais reduzido. Nos países desenvolvidos a faixa etária mais atingida são adultos jovens, de 15 a 35 anos. Nos países em desenvolvimento, a prevalência pode chegar a 25% (DYE, 2012). Esses dados coincidem com o estudo de Volchansky, Evans e Cleaton-Jone que encontraram maior prevalência em idades de 15 a 30 anos. Nos países mais subdesenvolvidos, as crianças são mais atingidas, quando comparado aos países com maior recurso. Adultos jovens são mais comumente afetados pela GUN, mas quando esta acomete crianças, existe maior chance de complicação, e normalmente está relacionada a alguma desordem sistêmica. A idade mais frequente é de 2 a 7 anos. A GUN vem sendo associada a crianças portadores do vírus HIV e com desnutrição em países em desenvolvimento. Tem maior frequência nesses pacientes especiais devido a problemas na resposta imune do organismo, embora também com prevalência baixa (RIBEIRO, PORTELA, SOUSA, 2013; VOLCHANSKY, EVANS, CLEATON-JONE, 2015).

2.4 TRATAMENTO DA GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM CRIANÇAS

Diretrizes para o tratamento periodontal em crianças estão descritas no Guideline mais atual, publicado em 2003 pela AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Seu protocolo abrange desde a decisão do correto diagnóstico e tratamento para as doenças que acometem o periodonto, passando pelo tratamento efetivo e manutenções do caso, até chegar à parte de avaliação da terapia proposta com a documentação das informações do tratamento. Esse protocolo orienta os profissionais quanto aos passos corretos da terapia periodontal, guiando-os para uma correta tomada de decisões (AAPD, 2003).

O tratamento do paciente infantil é realizado a partir de uma adaptação do tratamento que é feito em adultos, apresentando-se de maneira bastante similar. Ele é principalmente local e dividido em duas fases, uma inicial, onde é feito um tratamento de ataque, e outra de manutenção. Na fase inicial, é realizada a remoção do processo agudo propriamente dito, com retirada da pseudomembrana que recobre a área necrótica e do cálculo, por meio de desbridamento e raspagem subgingival. Esse desbridamento é muito doloroso ao paciente, e deve ser feito com utilização de anestesia local, sedação consciente ou anestesia geral feita por um dentista (HERRERA D. et al., 2012). É válido lembrar que, dependendo do nível de infecção e envolvimento sistêmico, uma terapia mecânica na primeira consulta pode levar a bacteremia, devendo assim ser retardada (SOARES et al., 2015). Nesse caso, é indicado que a criança previamente faça uso de antibiótico e seus pais se dediquem a uma boa higienização e utilização de bochechos com uma solução antisséptica, visando o controle da infecção. Aconselha-se tomar três vezes ao dia o metronidazol de 30 a 50 mg / kg / dia, com duração de 7 a 10 dias. Com a infecção controlada e em uma situação de melhores condições, é feito o desbridamento da superfície, e é indicado a continuação da prática de bochechos até as lesões regredirem, o que ocorre normalmente em 7 dias. Esse bochecho pode ser feito utilizando clorexidina a 0,12% (BLAIR; CHAPPLE, 2014), ou H₂O₂ (Peróxido de Hidrogênio) diluído em água duas vezes ao dia (HODGDON, 2013).

Durante a realização da fase de raspagem coronária para remoção de cálculo da superfície dentária, além da utilização de curetas universais do tipo mccall, outra opção para o tratamento seria o uso de instrumentos sônicos ou ultrassônicos para facilitar essa etapa da terapia. O processo de remoção manual é

muito efetivo na raspagem e alisamento do dente, mas em contrapartida leva muito tempo para ser realizado, causa fadiga digital ao profissional que está realizando o tratamento, além de que, com os ciclos de esterilização, esses instrumentos acabam perdendo o seu corte, influenciando de maneira negativa durante a raspagem. Os instrumentos sônicos e ultrassônicos por sua vez, proporcionam agilidade nessa etapa, facilitando sua realização, entretando, deixam a desejar na lisura superficial do elemento dentário, fazendo-se necessário o alisamento dessa superfície com um instrumento manual (KRISHNA & STEFANO, 2016).

Uma aplicação atual dentro da periodontia é a utilização da tecnologia de vários tipos de lasers como forma de realização de terapia periodontal. Alguns estudos tem demonstrado a efetividade da utilização desse tipo de tratamento (RATKA-KRUGER et al., 2012; LOW et al., 2014; KINA et al., 2014), como observado no estudo de Ratka-Kruger et al., onde o uso do laser no comprimento de onda adequado, pôde proporcionar um processo de reparo ao nível de fibroblastos no interior de bolsas periodontais, diminuindo a profundidade de sondagem (RATKA-KRUGER et al., 2012). Além disso, esse equipamento também pode agir na remoção de cálculo das superfícies do dente. O que explica essa efetividade é a sua afinidade com a hidroxiapatita do elemento dentário. Outra função seria a desgranulação de feridas (LOW et al., 2014) o que pode ser de grande valia no aceleração da cicatrização das lesões necróticas existentes na GUN, facilitando ainda mais o tratamento.

REFERÊNCIAS

- ALBANDAR, J. M. Aggressive periodontitis: Case definition and diagnostic criteria. **Periodontol 2000**, v. 65, n. 1, p. 13–26. 2014.
- ALCOBAÇA, E. F. B. **Relação entre Doença Periodontal e Diabetes**. Porto, Portugal. Tese de Mestrado em Medicina Dentária pela Universidade Fernando Pessoa. 2015.
- ANTONINI, R. et al. Fisiopatologia da doença periodontal. **Revista Inova Saúde**, v. 2, n. 2, p. 90-107. 2013.
- ARAÚJO, K. L. et al. Relação entre índice de cárie e doenças periodontais em crianças portadoras de HIV. **Revista INTERFACES**, v. 3, n. 8, p. 1-8. 2015.
- ARMITAGE, G. C. Development of a classification system for periodontal disease and conditions. **Ann Periodontol**, Chicago, v. 4, n. 1, p. 1-6, 1999.
- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Parameter on chronic periodontitis with slight to moderate loss of periodontal support (Parameters of Care supplement). **J Periodontol**, v. 71, n.1, p. 853-855. 2000.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline of periodontal therapy. Endorsed by the American Academy of Pediatric Dentistry, v. 37, n. 6, p. 361-365. 2003.
- BARATA, C. et al. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 54, n. 1, p. 27-32. January–March 2013.
- BLAIR, F. M.; CHAPPLE, I. L. Prescribing for periodontal disease. **Prim Dent J**, v. 3, n. 4, p. 38-43. Nov. 2014.
- BOTERO, J. E. et al. Periodontal diseases in children and adolescents of Latin America. **Periodontology 2000**, v.67, n.1, p.34-57. 2015.
- BRITO, L. F. **Avaliação da simetria contralateral na distribuição da doença periodontal em pacientes com periodontites agressiva e crônica**. Dissertação para tese de mestrado para a Universidade Federal do Ceará. Fortaleza 2015.
- CARVALHO, A. C. **Considerações clínicas no diagnóstico e tratamento da periodontite agressiva em Odontopediatria**. Dissertação para tese de mestrado em Medicina Dentária para a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Porto. 2013.
- COSTA, E. A. V. et al. Classificação das lesões endoperiodontais: mesa demonstrativa. **J Odontol FACIT**, v. 2, n. 2, p. 34. 2015.
- CHEACHIRE, L. A. et al. Associação entre Risco Social Familiar e Risco à Cárie Dentária e Doença Periodontal em Adultos na Estratégia de Saúde da Família.

Revista Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada, v. 13, n. 1, mar. 2013.

DIAS, L. Z. S.; PIOL, S. A. C.; ALMEIDA, C. S. L. Atual classificação das doenças periodontais. **UFES Rev. Odontol.**, v. 8, n. 2, p. 59-65, maio/ago. 2006.

DYE, B. A. Global periodontal disease epidemiology. **Periodontology 2000**, v.58, p. 10-25. 2012.

FABRI, G. M. C. et al. Doença periodontal em doenças reumáticas pediátricas. **Revista brasileira de reumatologia**, v.54, n. 4, p. 311 – 317. 2014.

FIGUEIREDO, M. A. et al. Abscesso periodontal: diagnóstico e tratamento. Relato de caso. **Rev Odontol UNESP**, Araraquara, v. 41, n. 2, p. 114, set. 2012.

FLEMMING, T. F.; BEIKLER, T. Control of oral biofilms. **Periodontology 2000**, v.55, n.1, p. 9-15. 2011.

GONZAGA, A. K. G. et al. Influência dos herpes-vírus na patogênese da doença periodontal. Revisão de literatura. **Perionews**, v. 9, n. 6, p. 494-498, dec. 2015.

HAUBEK, D.; JOHANSSON A. Pathogenicity of the highly leukotoxic JP2 clone of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* and its geographic dissemination and role in aggressive periodontitis. **J Oral Microbiol**, v.6, n. 1. 2014.

HERRERA, D. et al. Local and systemic antimicrobial therapy in periodontics. **Journal of Dental Practice Evidence-Based**, v. 12, n. 3, p. 50-60, set. 2012.

HODGDON, A. Dental and related infections. **Emergency medicine clinics of North America**, v.31, n. 2, p. 465-80. Maio 2013.

JESUS, S. P. G. **Doença periodontal na população pediátrica**. Tese para mestrado na Universidade de Lisboa Faculdade de Medicina Dentária. Lisboa. 2013

KRISHNA, R.; STEFANO, J. A. Ultrasonic vs. Hand instrumentation in periodontal therapy: clinical outcomes. **Periodontology 2000**, v. 71, n.1, p. 113-127. 2016.

KINA, J. R. et al. Periodontite ulcerativa necrosante: tratamento físico da superfície radicular com Erbium YAG laser. **Arch Health Invest**, v. 3, n. 3, p. 33-38. 2014.

KATTI, R.; SHAHAPUR, P. R.; UDAPUDI, K. L. Impact of chikungunya virus infection on oral health status: An observational study. **Indian J Dent Res**, v. 22, n.4, p. 613-615. 2011.

KUMAR, A.; MASAMATTI, S.S.; VIRDI, M.S. Periodontal diseases in children and adolescents: a clinician's perspective part 2. **Dental Update**, v. 39, n. 9, p. 639, nov. 2012.

LAINE, M. L.; CRIELLARD, W.; LOOS, B. G. Genetic susceptibility to periodontitis. **Periodontology 2000**, v.58, n.1, p. 37-68.

LOW, S. B. et al. laser technology to manage periodontal disease: a valid concept? **Journal of evidence-based dental practice**, v. 14, n.1, p. 154-159. 2014.

MARTY, M. et al. Doenças periodontais necrosantes em Crianças: Uma Revisão da Literatura e ajuste do tratamento. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 62, n. 4, p. 331-7, agosto 2016.

MICHEL, M. et al. Doenças periodontais necrosantes e uso de antimicrobianos como terapia adjunta - revisão da literatura. **Braz J Periodontol**, v. 22, n. 1, p. 34-44. Mar 2012.

PADILHA, A. R. S. et al. Projeto **SBBRASIL** 2010. Pesquisa Nacional de saúde bucal. Ministério da saúde. Brasília, DF. 2011.

PORTELLA, C. P.; HWAS, S. A. R. A. **Prevalência de gengivite e fatores associados em uma coorte de adolescentes de Santa Maria-Rio Grande do Sul**. Trabalho de Conclusão de Curso pela Universidade Federal De Santa Maria. Santa Maria, RS. 2016.

RATKA-KRUGER, P. et al. Er:YAG laser treatment in supportive periodontal therapy. **Journal of clinical periodontology**, v. 39, n. 5, p. 483–489. May 2012.

RIBEIRO, A. A.; PORTELA, M. B.; SOUSA, I. P. R. The oral health of HIV-infected Brazilian children. **International Journal of Pediatric Dentistry**, v. 23, n.1, p. 359-365. 2013.

ROCHA, M. L. et al. Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. **Revista Electrónica Nova Scientia**, v. 6, n. 2, p. 190-218. 2014.

RODRIGUES, D. M. et al. Severe localized aggressive periodontitis combined with necrotizing ulcerative gingivitis: a 10-year follow-up of a multidisciplinary treatment. **Perionews**, v. 9, n. 4, p. 301-306, jul.-ago. 2015.

SCAPOLI C., et al. Gene-gene interaction among cytokine polymorphisms influence susceptibility to aggressive periodontitis. **Genes Immun**, v. 12, n. 6, p. 473–80. 2011.

SILVEIRA, V. R. S. et al. Leukotoxicity of *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* in generalized aggressive periodontitis in Brazilians and their family members. **J Appl Oral Sci**, v. 21, n. 5, p. 430–6. 2013.

SOARES, G. M. et al. Effects of azithromycin, metronidazole, amoxicillin and metronidazole plus amoxicillin on in vitro polymicrobial subgingival biofilm model. **Antimicrob Agents Chemother**, v. 59, n. 5, p. 2791-2798. Maio 2015.

STEFFENS, J. P. et al. Treatment for necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) in an urgency service- a case report. **Perionews**, v. 5, n. 3, p. 265-270, maio-jun. 2011.

VOLCHANSKY, A.; EVANS, W. G.; CLEATON-JONES, P. Thirty six years of periodontal care: A case report. **South African Dental Journal**, v. 70, n. 5, p. 210-212. 2015.

3 ARTIGO

TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE INFANTIL COM CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO

NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS TREATMENT IN A PATIENT WITH CHIKUNGUNYA INFANT: A CASE REPORT

Autores:

- Brenda Karoliny de Araújo Inácio

Estudante de Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Patos- PB.

- Enaura Cristina Campos Rodrigues

Cirurgiã Dentista formada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – Patos- PB.

- Renata Andréa Salvitti de Sá

Professora Doutora da Clínica Infantil da Universidade Federal de Campina Grande – (UFCG) Patos- PB.

- João Nilton Lopes de Sousa

Professor Doutor da Clínica de Periodontia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) Patos- PB.

- Elizandra Silva da Penha

Professora Mestre da Clínica Infantil da Universidade Federal de Campina Grande - (UFCG) Patos-PB.

Espaço para correspondência:

Elizandra Silva da Penha – Faculdade de Odontologia pela Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciência e Tecnologia Rural. Avenida dos Universitários, S/N, Rodovia Patos/Teixeira, Km1, Jatobá, CEP: 58700-970 – Patos – Paraíba – Brasil.

Email: elizandrapenha@hotmail.co

RESUMO

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN) faz parte de um grupo de doenças que acomete o periodonto de forma grave e rara, caracterizada por áreas de necrose gengival. Em crianças, é um achado ainda mais incomum, e quando ocorre, normalmente está relacionado a algum comprometimento sistêmico do indivíduo. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de Gengivite Ulcerativa Necrosante em uma criança, com diagnóstico clínico de Chikungunya. Trata-se de um paciente de 8 anos de idade, gênero masculino, que procurou a Clínica Escola de Odontologia da UFCG queixando-se de “dor na gengiva”. Clínicamente foi observada presença de necrose limitada a margem gengival vestibular e na pontas das papilas interdentais na região antero superior. Para a realização do diagnóstico, verificou-se presença de sinais característicos da doença, como: dor, dificuldade de higienização e alimentação, necrose gengival, odor fétido e candidíase. Foi realizado um tratamento conservador com raspagem e alisamento coronário e radicular, limpeza com peróxido de hidrogênio a 10 volumes e prescrição de bochechos com clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia por 15 dias, sem necessidade do uso de antibiótico. O acometimento pela Chikungunya foi fator primordial para o aparecimento da GUN, pois ocorre uma baixa da imunidade, possibilitando o aparecimento dos sinais clínicos da doença. Foi realizado acompanhamento durante quase um mês, onde observou-se o completo reestabelecimento da saúde periodontal do paciente.

Palavras-chaves: Gengivite Ulcerativa Necrosante. Doença Periodontal. Odontopediatria. Chikungunya.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Proporcionar aos profissionais da Odontologia a oportunidade de acompanhar o tratamento de uma doença que não é vista normalmente dentro da rotina clínica, e que por ser rara, principalmente em crianças, ainda causa dúvidas quanto ao diagnóstico e tratamento a ser seguido.

INTRODUÇÃO

A falta de higienização e consequente formação de biofilme é uma das maiores causas da ausência de saúde periodontal. O seu acúmulo na superfície dentária causa uma série de reações inflamatórias nos tecidos circunvizinhos ao dente, que podem ir desde uma gengivite, até uma periodontite. A gengivite se caracteriza como uma inflamação identificada por presença de sangramento à sondagem ou espontâneo na região, restrita a gengiva e sem perda de inserção. Já a periodontite é diagnosticada pela reabsorção de tecido ósseo alveolar, que se não tratada, pode evoluir, tornando-se inevitável a perda do elemento dentário. Existem outros fatores etiológicos que podem contribuir para o aparecimento de patologias do periodonto, como a modificação causada por fatores sistêmicos (ciclo menstrual, puberdade, gravidez...), medicamentos, desnutrição, presença de bactérias, vírus, fungos, ordem genética, entre outras [1].

Dentre as enfermidades que acometem o periodonto, as doenças periodontais necrosantes se destacam por representarem a forma mais grave de problema provocado pela ação do biofilme [2], e fatores como a presença de cálculo, restaurações com excesso marginal, posicionamento dentário irregular, e até acúmulo de alimento na região podem contribuir para agravar esses quadros. Fazem parte deste grupo a gengivite ulcerativa necrosante (GUN), periodontite ulcerativa necrosante (PUN) e estomatite ulcerativa necrosante (EUN) [3]. Essas doenças compõem um grupo de condições que atingem os tecidos periodontais de forma mais rápida e agressiva, e possuem etiologia multifatorial e complexa, com o odor fétido como um achado clínico característico [4]. A GUN é caracterizada pela presença de áreas de ulceração na gengiva marginal com necrose dessas regiões,

mas sem envolvimento do periodonto de inserção, já a PUN apresenta as mesmas características, com áreas necróticas, mas é acompanhada de perda da inserção e formação de bolsas e sequestros ósseos. A EUN é ainda mais agressiva, com lesões que se estendem além da junção mucogengival, acompanhada de grande destruição óssea, e geralmente com envolvimento sistêmico sendo associada a maior morbidade [2].

O tratamento da GUN possui duas fases; a fase inicial e a de manutenção. Na primeira, o foco é a remoção do processo agudo propriamente dito, com retirada de tecido necrótico, biofilme e cálculo dentário por meio de raspagens supragengivais, removendo fatores locais. Na fase de manutenção, são realizados bochechos com clorexidina 0,12% por 1 minuto, durante 7 dias, para que ocorra a remissão das lesões. É essencial que acompanhado dessas medidas, esteja o cuidado reforçado na higiene oral por parte do paciente, para que haja adequado controle do biofilme, e o tratamento seja efetivo, com remissão total das lesões [4].

Nas crianças, a forma mais comum de comprometimento periodontal é a gengivite, onde se apresenta de maneira quase universal, devido à deficiência da higienização apresentada nessa faixa etária, e por ser tão comum, acaba passando despercebida aos olhos dos profissionais de saúde, que esquecem a evolução da doença não tratada, podendo progredir para quadros mais graves [5]. A periodontite apresenta baixa prevalência nesses pacientes, ocorrendo de forma rara, mas não deixando de ter importância, pois esta se apresenta de maneira muito mais agressiva, destrutiva e de rápida progressão, resultando na perda de estruturas de suporte, e até à perda do elemento dentário [6].

As doenças periodontais necrosantes em crianças são raras, e quando existem geralmente estão associadas a algum comprometimento sistêmico. É importante o acompanhamento do cirurgião dentista nesses casos, para uma intervenção precoce, evitando danos maiores ao paciente infantil [7].

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de GUN em um paciente infantil acometido por Chikungunya, observando a efetividade do tratamento realizado na fase inicial da doença. Casos como este são raros e importantes para que o profissional tenha maior esclarecimento sobre o desenvolvimento clínico da doença, facilitando o diagnóstico para assim possibilitar a realização de um tratamento adequado, no menor tempo possível.

RELATO DE CASO

O estudo trata-se de um caso clínico de um paciente, V. M. R, gênero masculino, 8 anos de idade, que frequenta a Clínica Escola de Odontologia da UFCG desde o ano de 2009. Durante a sua história de atendimento, ele havia realizado tratamentos como: exodontias de elementos decíduos, restaurações, esplintagem do elemento 14 e acompanhamento de aparelho do tipo banda alça para manutenção do espaço para o elemento 34. Sempre foi caracterizado como sendo um paciente colaborativo e que apresentava higiene oral variando entre boa e regular. Ao longo dos atendimentos, o acompanhamento da sua condição periodontal foi realizado a partir do Índice de Higiene Bucal (IHB) e do Índice de Sangramento Gengival (ISG).

Em Setembro de 2013, o seu IHB teve valor de 1,3, que é considerado regular. Já o seu ISG foi bastante elevado, com valor de 57,35%, indicando um alto risco para a saúde do periodonto. Os registros realizados posteriormente nos anos de 2014 e 2015 encontraram valores médios de IHB= 1,45, considerado regular, e o ISG= 21,7%, um risco moderado (Tabela 1).

Tabela 1: Dados de todas as avaliações da saúde periodontal pelos índices IHB e ISG durante o período de atendimento do paciente na Clínica de Odontologia da UFCG.

ATENDIMENTO	IHB	ISG (%)
03/09/2013	1,3	57,35
19/01/2014	1,3	19,8
03/06/2014	1,7	19,3
03/11/2014	1,3	27,1
28/04/2015	1,5	20,65
21/03/2016	0,16*	10,86*

*Avaliação periodontal realizada após a conclusão do tratamento de GUN.

Em fevereiro de 2016, o paciente procurou a Clínica Infantil queixando-se de “dor na gengiva” (SIC). Durante a anamnese, ele relatou estar com dificuldade para se alimentar e realizar higienização dos dentes, devido à dor intensa ao longo dessas atividades, além de ter apresentado quadros febris no dia anterior. A

responsável também relatou que o mesmo apresentava, há aproximadamente 5 dias, dores moderadas de cabeça, articulações e músculos e que, ao procurar atendimento, a criança havia sido diagnosticada clinicamente por um médico, com febre Chikungunya. Os exames capazes de diagnosticar tal doença não haviam sido realizados (sorologia, PCR em tempo real RT-PCR e isolamento viral) e o mesmo estava em tratamento (analgésicos) para os sintomas apresentados.

Ao exame físico foi observada grande presença de biofilme acumulado na superfície dentária de todos os elementos, acompanhada de odor desagradável. A gengiva apresentava-se bastante avermelhada e com sinais de inflamação, além da presença de lesões de candidíase. Na região de pontas de papilas interdentais e gengiva livre, principalmente envolvendo os elementos 11, 12, 21 e 22, era visível presença de áreas necróticas, recobertas por uma fina pseudomembrana (Figura 1).

Depois de concluída a anamnese e exame físico do paciente, levando em consideração os achados clínicos característicos da doença, além da opinião de professores especialistas nas áreas de periodontia e odontopediatria, foi decidido o diagnóstico de Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN).

Figura 1: Aspecto clínico inicial do paciente.



Como tratamento proposto, inicialmente foi realizado desbridamento das áreas necróticas de pontas de papila e gengiva livre, com remoção de pseudomembrana, utilizando Peróxido de Hidrogênio (H₂O₂) 10 volumes com auxílio de gaze esterilizada, para facilitar o procedimento de limpeza. Remoção do biofilme presente no local, com o auxílio de uma cureta universal do tipo McCall 13-

14 (Figura 2). Em seguida foi realizado um bochecho com solução de clorexidina a 0,12% (marca PerioPlak®, lote 0878), durante 1 minuto. Ao final do atendimento (Figura 3), foi prescrito ao paciente a realização de bochechos com solução de clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia, durante 1 minuto, por 15 dias; além de um antifúngico para tratamento da candidíase. Não foi necessária a prescrição de antibiótico para este caso, pois o paciente apresentava como repercussão sistêmica o quadro de febre Chikungunya que já estava em acompanhamento médico. Além disso, foi realizada uma conscientização tanto da criança, como também do seu responsável, sobre a importância de manter uma boa higiene bucal, e o papel fundamental que esses cuidados desempenham sobre o sucesso do tratamento, evitando assim que a doença evolua para apresentações mais graves.

Figura 2: Remoção de grande quantidade de biofilme acumulado com cureta mccall 13-14.



Figura 3: Aspecto da gengiva após término do primeiro dia de atendimento.



Dois dias após, o paciente retornou para avaliação do caso. Foi observada uma melhora significativa nas áreas necróticas, e de candidíase, mas a gengiva encontrava-se inflamada, além de ainda existir porções de placa bacteriana acumulada sobre as superfícies dentárias. Ele não relatava mais presença de dor durante a escovação ou alimentação. Foi realizada terapia de raspagem com aparelho de ultrassom (marca ORTUS®, modelo Bioscaler), com o intuito de facilitar e melhorar o tratamento, poupando tempo nessa etapa do atendimento. (Figura 4). O H₂O₂ de 10 volumes também foi utilizado para a limpeza da área, além da realização de bochecho com solução de Clorexidina a 0,12%. Nova orientação de higiene bucal foi feita, reforçando o que foi dito na sessão anterior.

Figura 4: Realização de raspagem com aparelho de ultrassom na segunda sessão do atendimento.



Na terceira sessão de atendimento, o paciente retornou a clínica para reavaliação do caso. Clinicamente foi observada uma melhora significativa na inflamação gengival e houve a completa remissão das lesões necróticas, promovendo o reestabelecimento da saúde periodontal (Figura 5). Como sequela da GUN, nota-se a irregularidade do contorno gengival, que pode ser corrigido com realização de cirurgia de gengivectomia. Nesta fase de manutenção, foi realizada a adequação do meio bucal com profilaxia da região acompanhada de bochechos com solução de clorexidina a 0,12%. O IHB e o ISG foram atualizados, e os valores encontrados foram IHB= 0,16, considerado bom, e o ISG= 10, 86%, classificado como de baixo risco para a doença periodontal. Esses valores comprovaram a eficiência do tratamento, mostrando a queda significativa dos índices (Gráficos 1 e 2), após a realização do tratamento para GUN.

Figura 5: Aspecto da gengiva na fase de manutenção após adequação do meio bucal, mostrando o desaparecimento total das áreas necróticas.



Gráfico 1: Valores do ISB realizados o tratamento odontológico do paciente.

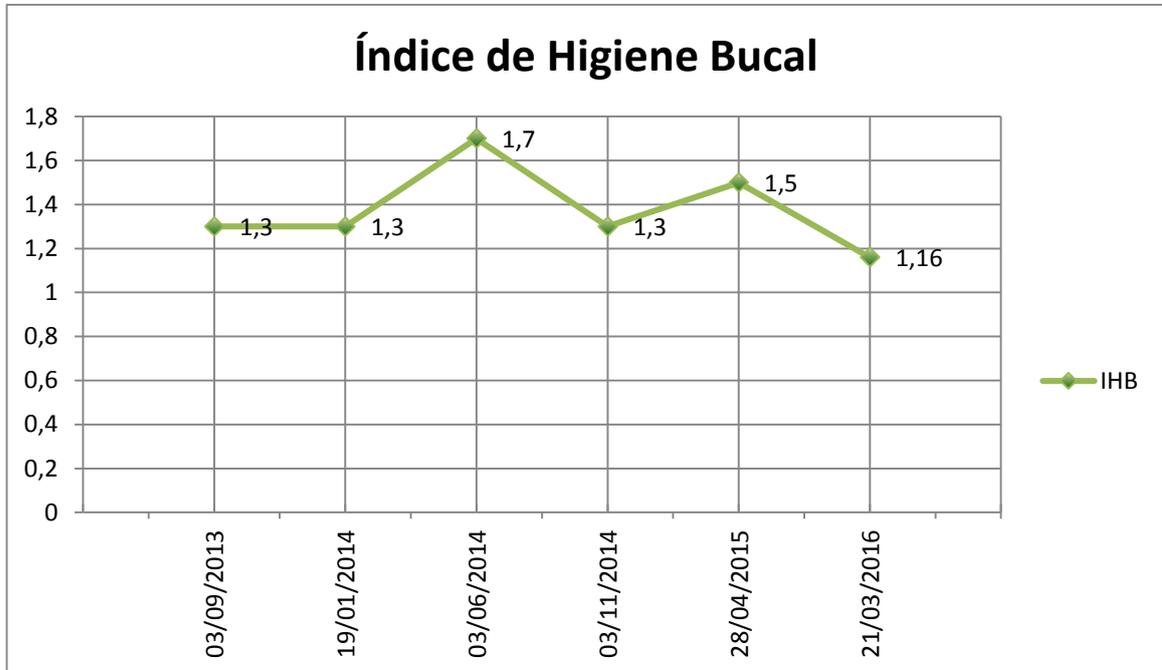
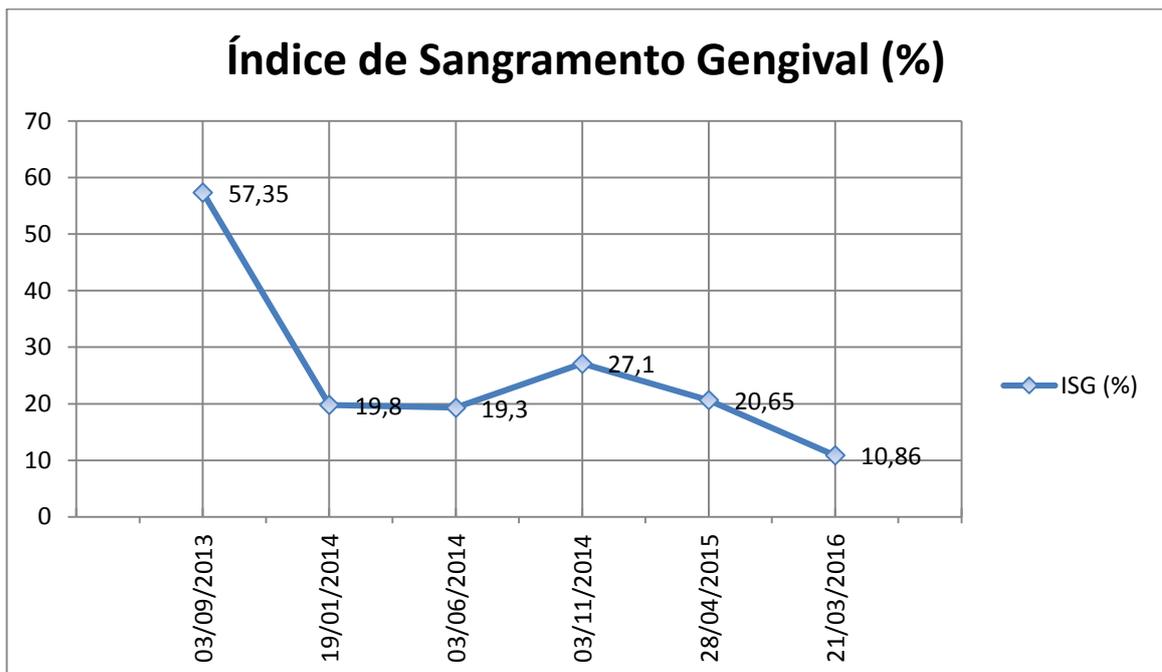


Gráfico 2: Valores do ISG realizados durante o tratamento odontológico do paciente.



DISCUSSÃO

A GUN é uma doença caracterizada como sendo um processo agudo do periodonto, está entre as inúmeras razões para a busca de atendimento de urgência na prática clínica odontológica. Apresenta-se de maneira rara, mas entre esses casos, ocorre com maior frequência em adultos, principalmente aqueles que possuem algum comprometimento sistêmico, mostrando-se um desafio no atendimento do cirurgião-dentista [8].

Muitos agentes etiológicos vêm sendo encontrados na GUN. A *Prevotella intermedia* e *Peptostreptococcus* são bactérias comuns, seguidas de espiroquetas, fusobactérias e porfiromonas [9].

É demonstrada uma frequente associação entre a GUN e a infecção pelo HIV, estresse e desnutrição. Em um estudo realizado por Kumar em 2013, com uma amostra de 326 crianças portadoras do vírus HIV, 27 (8.28%) delas apresentavam sinais clínicos compatíveis com a GUN e 25 (7.66%) com a PUN [10]. Já sobre a febre chikungunya, o primeiro caso registrado no Brasil, veio importado da Indonésia, em agosto de 2010. Nesse mesmo ano, mais dois casos semelhantes foram diagnosticados em Setembro e em Outubro [11]. O primeiro registro autóctone em território brasileiro ocorreu em 2014, na cidade do Oiapoque, no Amapá, e atualmente este estado, Bahia e Pernambuco são os que mais notificam casos no País [12]. Devido ao clima propenso para reprodução do mosquito transmissor, a falta de cuidado da população quanto ao acúmulo de água parada em suas casas, houve um surto da doença no Brasil, que representou um grave problema de saúde pública. Além do problema para o controle dos casos, o diagnóstico destes também era realizado com bastante dificuldade, pelo fato dos sinais clínicos serem semelhantes ao de outras doenças, como a dengue e ZICA [13]. Outro obstáculo encontrado para o diagnóstico foi a dificuldade da realização do teste sorológico para confirmação do quadro. A triagem na rede pública era bem seletiva, além de o resultado demorar vários dias para ser disponibilizado. Foi o que aconteceu no caso descrito, o exame sorológico não foi realizado, portanto o que havia era uma suspeita da família pela similaridade dos sinais clínicos. A doença possui um período de incubação de 1 a 12 dias. Após esse período, sinais clínicos específicos começam a aparecer: febre alta, dores nas articulações, cefaléia, fotofobia, mialgia e

exantema. Por volta de 7 a 15 dias os sinais e sintomas agudos se resolvem, mas em 10 a 12% dos casos as dores nas articulações perduram por meses ou anos, com ou sem febre, sendo caracterizada por uma fase crônica [14]. As crianças representam um grupo de alto risco para a doença, com manifestações severas e atípicas, com muitos sintomas dermatológicos, como hiperpigmentação, eritema generalizado e edema maculopapular, complicações neurológicas. Algumas alterações orais como aumento no sangramento e inflamação gengival e também presença de estomatite são relatadas [15]. Essa ligação entre doenças gengivais necrosantes e condições de comprometimento sistêmico, trazem a necessidade de uma investigação sobre a saúde geral do paciente, e o ideal é o encaminhar para uma consulta médica para melhor avaliação da sua condição geral, pois a doença pode ser um sinal de alerta para um comprometimento mais grave.

Durante o Segundo Guerra Mundial, a GUN foi considerada uma situação problemática, pelo elevado número de casos, quando os soldados contraíram na época a chamada "boca trincheira" [16]. Evidências clínicas mostram que é uma doença debilitante e dolorosa, quando não tratada, pode evoluir para danos graves aos tecidos periodontais de suporte podendo até provocar a perda de dentes. A dor causada pela GUN é intensa e vai atrapalhar hábitos diários de alimentação, higiene oral. Além disso, achados característicos como o odor fétido e as áreas necróticas na gengiva vão ter reflexo sobre o convívio social do paciente, o que faz que este procure o atendimento de maneira mais rápida. No paciente infantil esse quadro é ainda mais preocupante, pelo seu limiar de dor ser diferenciado do adulto, o incomodo causado pelas áreas de necrose e descamação vai ser maior, e isso vai interferir na rotina diária da criança, em casa e na escola, refletindo também na vida de toda a família. Situação que foi relatada no caso, onde o paciente apresentava dificuldade de alimentação e escovação, e por esse motivo, ele não conseguia fazer a higienização da maneira adequada, resultando em grande acúmulo de biofilme na superfície dos seus dentes durante a primeira consulta. A dor foi o principal motivo para a procura de atendimento odontológico ainda na fase inicial da doença.

A GUN é limitada a adolescentes e adultos em países desenvolvidos, enquanto que em países em desenvolvimento ela afeta principalmente crianças. Existe um consenso na idade de susceptibilidade entre 15 até os 30 anos. Atualmente, quando essa doença acomete crianças, ocorre uma grande associação

a situações de dificuldade de desenvolvimento de uma resposta adequada do sistema imune, como acontece no HIV e em casos de desnutrição [16]. Na população pediátrica, vem sendo demonstrado que a ocorrência da doença é consideravelmente baixa, sendo mais prevalente em adolescentes, mas quando ocorre em crianças, as complicações são mais comuns, principalmente em idades entre 2-7 anos [10]. Durante o desenvolvimento do caso, a criança possuía 8 anos de idade, e ela ou nenhum familiar havia desenvolvido sintomas condizentes com a GUN, impossibilitando uma predisposição genética para a doença.

O diagnóstico é essencialmente clínico, achados como dor, necrose interdental e sangramento, além de odor fétido e formação de pseudomembrana podem ser observados [10]. No relato descrito, todos esses sinais estavam presentes no momento da anamnese, o que facilitou a decisão do diagnóstico.

Para o tratamento, é preconizado seguir o Guideline de terapia periodontal, desenvolvido pela Academia Americana de Periodontia (AAP), também usada pela Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) [17], que inclui o desbridamento sob anestesia local e remoção de pseudomembrana usando antisséptico local, realização de prescrição de um antisséptico bucal que seja antibacteriano, e fazer o controle da dor com analgésicos, quando necessário. No caso, não foi necessário a realização de anestesia local, pois inicialmente foi realizado apenas uma neutralização do meio bucal com o H₂O₂, para posterior desbridamento, sem realização de raspagem na primeira consulta. O antisséptico bucal também poderia ser útil para a remoção da pseudomembrana com o auxílio de uma bolinha de algodão ou gaze esterilizada mergulhada na solução [18]. No caso, para a higienização inicial e desbridamento optou-se pela utilização de um bochecho com solução de clorexidina a 0,12%, para controle dos microrganismos no local, e posteriormente uma limpeza com gaze esterilizada embebida em H₂O₂, para remoção da pseudomembrana. O tratamento é principalmente local e inclui a utilização de uma solução antisséptica. A maioria dos autores recomendam bochechos com clorexidina a 0,12% duas vezes ao dia [18, 19, 20, 21]. Outros autores preferem usar o peróxido de hidrogênio diluído em água [22, 23]. Na clínica de odontologia da UFCG, realiza-se a prescrição de bochechos com solução de clorexidina a 0,12%, durante 1 minuto, duas vezes ao dia, por 15 dias. Para a realização da raspagem de remoção do cálculo, além da utilização de curetas

universais McCall, é cada vez mais comum na prática clínica o uso de instrumentos que venham a facilitar essa etapa do tratamento periodontal, que são o ultrassom [24] e laser [25]. O ultrassom foi utilizado na segunda sessão de atendimento, como forma de acelerar a raspagem, facilitando essa etapa do tratamento. Quanto ao uso de antibiótico, recomenda-se apenas para pacientes imunocomprometidos, ou que possuam algum envolvimento sistêmico como febre, mal-estar e linfadenopatia [26]. Em alguns artigos, os autores aconselham a utilização de amoxicilina no tratamento de primeira linha ou em associação com metronidazol [10, 27]. Mas, há quem opte pelo uso do metronidazol como terapia antibiótica única [28]. Como o paciente já estava sendo acompanhado por um médico pelo diagnóstico clínico de Chikungunya, uma doença relativamente nova e com ainda poucos estudos sobre as suas reais consequências, houve um consenso entre os profissionais envolvidos no tratamento da GUN sobre a não necessidade de utilização de antibióticoterapia sistêmica.

Na terapia infantil, é sempre importante fazer uma adaptação do tratamento adulto, levando em consideração a idade da criança e a severidade da doença, para que o tratamento seja mais efetivo, evitando prejuízos para sua saúde. Mesmo com os inúmeros achados clínicos que são característicos da GUN, ainda existe uma dificuldade entre os clínicos para a realização do diagnóstico, o que consequentemente vai impossibilitar a aplicação do tratamento adequado. Isso pode ser explicado pela raridade do acometimento pela doença, o que torna comum o fato de profissionais nunca terem se deparado com tal enfermidade na prática clínica. Por isso se faz tão importante a interdisciplinaridade dentro um tratamento odontológico eficiente. Neste caso, a periodontia e a odontopediatria se complementam, pelo intermédio das opiniões de dois professores especialistas nas áreas, o que facilitou o diagnóstico da doença. Outro fato primordial para o sucesso do tratamento foi a interação da tríade: paciente, profissional, responsável. O tratamento periodontal, pela importância da manutenção da higienização adequada para o seu sucesso, pede uma atenção especial dos pais quanto aos hábitos do paciente durante a sua rotina diária. Por isso, além da conscientização da criança, a educação dos pais sobre o assunto é grande valia para a efetividade do tratamento.

Considerando-se o risco de evolução para extensas doenças necrosantes, está comprovado que uma interceptação eficaz nos primeiros dias de infecção da GUN é de extrema importância. Vários estudos afirmam que, quando o tratamento

correto é seguido, ocorre a remissão das áreas necróticas por completo, e a saúde periodontal é recomposta [18, 19, 20, 21]. O paciente procurou atendimento no início dos sintomas, e como consequência foi observando que em apenas 2 dias, houve uma melhora significativa nas áreas necróticas, e em 5 dias houve o reestabelecimento da saúde periodontal da criança. O que pode ser comprovado pela avaliação periodontal feita uma semana após o término do tratamento da GUN, no dia 21 de março de 2016, onde os índices IHB e ISG tiveram uma queda considerável para 0,16 e 10,86 %, respectivamente (Gráficos 1 e 2), indicando melhora na saúde periodontal.

É importante está sempre acompanhando do caso, devido ao risco de recorrência, a avaliação de pós-tratamento deve ser realizada regularmente, durante pelo menos 1 ano.

CONCLUSÃO

O tratamento da GUN na fase inicial da doença apresentou uma grande efetividade no paciente, proporcionando o total desaparecimento dos sinais clínicos da doença, além do reestabelecimento da saúde periodontal da criança, comprovada pelos dados obtidos nos índices de IHB e ISG.

APLICAÇÃO CLÍNICA

Nesse estudo pôde-se verificar a importância da intervenção precoce para o tratamento da gengivite ulcerativa necrosante em fase inicial da vida, para evitar agravamento dos quadros, reestabelecendo a completa saúde periodontal do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1- Flemming TF, Beikler, T. Control of oral biofilms. *Periodontology* 2000, 2011;55(1):9-15.
- 2- Michel M, Soledade KR, Azoubel E, Azoubel MCF. Doenças periodontais necrosantes e uso de antimicrobianos como terapia adjunta - revisão da literatura. *Braz J Periodontol* 2012;22(1):34-44.

- 3- Rodrigues DM. Severe localized aggressive periodontitis combined with necrotizing ulcerative gingivitis: a 10-year follow-up of a multidisciplinary treatment. *Perionews* 2015;9(4):301-306.
- 4- Steffens JP. Treatment for necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) in an urgency service- a case report. *Perionews* 2011;5(3):265-270.
- 5- Rocha ML, Reyes SS, Araujo MEF, Zavala VHGS. Prevalencia y grado de gingivitis asociada a placa dentobacteriana en niños. *Revista Electrónica Nova Scientia* 2014;6(2):190- 218..
- 6- Fabri GMC, Saviolia C, Siqueira JT, Campos LM, Bonfá E, Silva CA..Doença periodontal em doenças reumáticas pediátricas. *Revista brasileira de reumatologia* 2014;54(4):311-317.
- 7- Araújo KL, Justino GRQ, Norões EMAT, Diógenes VCN. Relação entre índice de cárie e doenças periodontais em crianças portadoras de HIV. *Revista Interfaces* 2015; 3(8):1-6.
- 8- Stefanello BP. Processos agudos do periodonto: um olhar sobre a literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. Porto Alegre: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
- 9- Taveira MLM. Considerações microbiológicas acerca da Patologia Periodontal Necrosante e suas implicações nas características da lesão histológica. [Tese de mestrado de medicina dentária]. Lisboa, Portugal: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Dentária; 2013.
- 10-Kumar A, Masamatti SS, Viridi MS. Periodontal diseases in children and adolescents: a clinician's perspective part 2. *Dent Update* 2012;39(9):639–42. 645-6, 649-52.
- 11-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Casos importados da Febre Chikungunya no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- 12-Vega-Rúa A, Zouache K, Girod R, Failloux AB, Lourenço-de-Oliveira R. High vector competence of *Aedes aegypti* and *Aedes albopictus* from ten American countries as a crucial factor of the spread of Chikungunya. *J Virol.* 2014;88(11):6294-306.
- 13-Lopes N, Nozawa C, Linhares REC. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude.* 2014;5(3):55-64.
- 14-Tauil PL. Condições para transmissão da febre do vírus chikungunya. *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* Brasília. 2014;23(4):773-774.

- 15-Thiberville S, Moyen N, Dupuis-Maguiraga L, Nougairede A, Gould EA, Pierre R , Lamballerie X. Chikungunya fever: Epidemiology, clinical syndrome, pathogenesis and therapy. *Antiviral Research*. Amsterdã. 2013;99(3):345-370.
- 16-Volchansky A, Evans WG , Cleaton-Jones P. Thirty six years of periodontal care: a case report *Jornal Dental Sul Africano* 2015;70(5):210-212.
- 17-Guideline for Periodontal Therapy. American Academy of Periodontology Endorsed by the American Academy of Pediatric Dentistry 2003;37(6):361-365.
- 18-Atout RN, Todescan S. Managing patients with necrotizing ulcerative gingivitis. *J Can Dent Assoc* 2013;79(46):1-4.
- 19-Blair FM, Chapple IL. Prescribing for periodontal disease. *Prim Dent J* 2014;3(4):38–43.
- 20-Sangani I, Watt E, Cross D. Necrotizing ulcerative gingivitis and the orthodontic patient: A case series 2013;40(1);77-80.
- 21-Umezudike KA, Savage KO, Ayanbadejo PO, et al. Severe presentation of necrotizing ulcerative periodontitis in a Nigerian HIV-positive patient: a case report. *Med Princ Pract* 2011;20(4):374–6.
- 22-Mc Donald R, Avery D, Weddell J. *Gingivitis and Periodontal Disease in Dentistry for the Child and Adolescent*. 10th edn. Saint Louis, Missouri: Mosby, 2015.
- 23-Hodgdon A. Dental and related infections. *Emerg Med Clin North Am* 2013;31(2):465–80.
- 24-Krishna R, Stefano JA. Ultrasonic vs. Hand instrumentation in periodontal therapy: clinical outcomes. *Periodontology* 2000 2016;71(1):113-127.
- 25-Kina JR, Silva UAE, Suzuki TYU, Kina EFU. Periodontite ulcerativa necrosante: tratamento físico da superfície radicular com Erbium YAG laser. *Arch Health Invest* 2014;3(3)33-38.
- 26-Guideline on Use of Antibiotic Therapy for Pediatric Dental Patients. American academy of pediatric Dentistry 2009;32(6):246-248.
- 27-Gillam DG, Turner W. Antibiotics in the treatment of periodontal disease: a guide for the general dental practitioner. *Prim Dent J* 2014;3(3):43–7.
- 28-Soares GM, Teles F, Starr J, et al. Effects of azithromycin, metronidazole, amoxicillin and metronidazole plus amoxicillin on in vitro polymicrobial

subgingival biofilm model. *Antimicrob Agents Chemother* 2015;59(5);2791-98.

TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE INFANTIL COM CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO

NECROTIZING ULCERATIVE GINGIVITIS TREATMENT IN A PATIENT WITH CHIKUNGUNYA INFANT: A CASE REPORT

ABSTRACT

Necrotizing ulcerative gingivitis (NUG) is part of a group of diseases that affects the periodontium of serious and rare form, characterized by gingival necrosis areas. In children, is a find even more unusual, and when it occurs, is usually related to some systemic impairment of the individual. The aim of this study was to report a case of Necrotizing ulcerative gingivitis in a child with clinical diagnosis of Chikungunya. This is a patient of 8 years of age, male gender, who searched the clinic School of dentistry UFCG complaining of pain in the gums ". Clinically observed presence of necrosis limited to vestibular and gingival margin at interdental papillae tips in the region upper anterior. For the diagnosis, there was the presence of characteristic signs of the disease, such as: pain, difficulty feeding and cleaning, gingival necrosis, foul odor and candidiasis. Conservative treatment was done with scraping and planing root cleaning and coronary with 10 volumes hydrogen peroxide and prescription mouthwashes with 0.12% chlorhexidine to twice daily for 15 days, without requiring the use of antibiotics. The involvement by the Chikungunya has been primary factor for the appearance of the GUN, because there's a lower imunidade, allowing the appearance of clinical signs of disease. Monitoring was carried out for almost a month, where there was the complete re-establishment of the periodontal health of the patient.

Keywords: Necrotizing Ulcerative Gingivitis. Periodontal Diseases. Pediatric Dentistry. Chikungunya.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento deste caso, podemos observar a eficiência do tratamento de GUN na fase inicial da doença, em crianças, e como isso pode refletir de maneira positiva tanto na melhora imediata da saúde bucal do paciente, quanto a longo prazo, evitando problemas periodontais no futuro.

ANEXO A

11

14- Termo de Consentimento

Eu, Priscila Marcel Santos
 RG: 2836462, responsável pelo
 menor Vinícius Marcel Reis

dou pleno consentimento ao Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), por intermédio de seus Professores, Assistentes e Alunos devidamente autorizados, para realizar o Tratamento Odontológico do menor supracitado na Clínica Infantil desta Universidade, conforme planejamento clínico proposto:

Sei que tenho o direito, durante o tratamento, de perguntar e ser informado sobre os tipos de procedimentos clínicos que estão sendo e/ou serão realizados.

Tenho pleno conhecimento que, por ser uma Instituição de Ensino, o tratamento é realizado por alunos que são supervisionados por professores e assistentes, e que o tempo para a conclusão do mesmo poderá ser mais longo que em consultório particular.

Estou ciente que o tratamento que consta nesta ficha é o que melhor atenda às necessidades do paciente.

Autorizo, de forma livre e voluntária, a realização do tratamento e terapêutica que me foram apresentadas, das quais recebi explicações e compreendi o que foi proposto, além de saber que os tratamentos seguem adequados princípios técnicos, científicos e reconhecidos pela Odontologia.

Autorizo a realização de fotografias e/ou imagens com finalidade Científica e Didática, desde que resguardada a privacidade do paciente durante todo o atendimento.

Autorizo se necessário, a contenção física/mecânica durante o atendimento odontológico no caso de falta de cooperação/entendimento, com o objetivo de proteger o paciente de acidentes.

Declaro que fui informado que posso discordar e desistir do tratamento em andamento, tendo de me manifestar por escrito, assumindo com isto os riscos e conseqüências que possam prejudicar a saúde bucal do paciente, como também a perda da vaga para o atendimento.

Patos, 28 de abril de 2015.

Priscila Marcel Santos
 Responsável pelo menor:

ANEXO B**TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Eu Brenda Karoliny de Araújo Inácio, autora do trabalho intitulado TRATAMENTO DE GENGIVITE ULCERATIVA NECROSANTE EM PACIENTE INFANTIL COM CHIKUNGUNYA: RELATO DE CASO, o qual submeto à apreciação da Revista da APCD, declaro concordar, por meio deste suficiente instrumento, que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Revista da APCD desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto à Revista da APCD. No caso de não-aceitação para publicação, essa transferência de direitos autorais será automaticamente revogada após a devolução definitiva do citado trabalho por parte da Revista da APCD, mediante o recebimento, por parte do autor, de ofício específico para esse fim.

Assinatura do Autor

___/___/___

Data

ANEXO C

NORMAS DA REVISTA APCD

1. MISSÃO

A Revista da APCD é o órgão de divulgação científica da Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas.

É publicada trimestralmente e destina-se à veiculação de originais nas seguintes categorias: artigo original; relato de caso(s) clínico(s); revisão sistemática de literatura; matéria especial de caráter jornalístico (“Matéria de capa”); informações sobre os Centros de Excelência (“Excelência em Odontologia”); informações gerais para o paciente (“Orientando o Paciente”). Respeitadas as categorias apresentadas acima, os originais submetidos devem estar de acordo com a linha editorial da Revista, eminentemente voltada aos clínicos e especialistas, devendo oferecer uma visão clínica integrada da Odontologia. A Revista da APCD aceita artigos de autores nacionais e internacionais, desde que estejam em inglês e português. Os artigos de revisão de literatura devem enfatizar assuntos de relevância clínica sobre tópicos atuais da Odontologia. A revisão deve ser baseada em uma análise crítica da literatura e pode incluir dados ou exemplos da experiência de pesquisas científicas ou clínicas dos autores.

2. NORMAS GERAIS

2.a. Os originais deverão ser submetidos por meio do site www.sgponline.com.br/apcd.

2.b. O conteúdo dos originais deve ser inédito. Não pode ter sido publicado anteriormente nem ser concomitantemente submetido à apreciação em outros periódicos, sejam eles nacionais ou internacionais.

2.c. Uma vez submetidos os originais, a Revista da APCD passa a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, resguardando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser anexado por meio do site o documento de transferência de direitos autorais contendo a assinatura de cada um dos autores, cujo modelo está reproduzido abaixo:

Termo de Transferência de Direitos Autorais

Eu (nós), autor(es) do trabalho intitulado [título do trabalho], o qual submeto(emos) à apreciação da Revista da APCD, declaro(amos) concordar, por meio deste suficiente instrumento, que os direitos autorais referentes ao citado trabalho tornem-se propriedade exclusiva da Revista da APCD desde a data de sua submissão, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação de qualquer natureza, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e obtida junto à Revista da APCD. No caso de não-aceitação para publicação, essa transferência de direitos autorais será automaticamente revogada após a devolução definitiva do citado trabalho por parte da Revista da APCD, mediante o recebimento, por parte do autor, de ofício específico para esse fim.
[Data/assinatura(s)]

2.d. A Revista da APCD reserva-se o direito de adequar o texto e as figuras recebidos segundo princípios de clareza e qualidade.

2.e. Os conceitos e as afirmações constantes nos originais são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo, necessariamente, a opinião da Revista da APCD, representada por meio de seu corpo editorial e comissão de avaliação.

3. FORMA DE APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS

3.a. Categorias de originais, elementos constituintes obrigatórios, ordem de apresentação e limites:

Artigo original – Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; materiais e métodos; resultados; discussão; conclusão; aplicação clínica; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo (abstract) e descritores em inglês (descriptors). Limites: 20 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Relato de caso(s) clínico(s) – Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; relato do(s) caso(s) clínico(s), discussão; conclusão; aplicação clínica; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo

(abstract) e descritores em inglês (descriptors). Limites: 10 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Revisão sistemática de literatura - Título; resumo; descritores; relevância clínica; introdução; revisão sistemática da literatura; materiais e métodos (por exemplo, como foram selecionados os artigos); discussão; conclusão; agradecimentos (se houver); referências; legendas; título, resumo e descritores em inglês (title, abstract and descriptors). Limites: 20 páginas de texto, 2 tabelas e 16 figuras.

Orientando o paciente (só convidados) – Título em português e inglês; perguntas e respostas visando cobrir aspectos de grande relevância para o leigo, utilizando linguagem de fácil entendimento. No mínimo, 5 referências bibliográficas e, no máximo, 10. Limites: 2 páginas de texto e 2 figuras em TIFF ou JPEG, em resolução de 300 DPIs, sendo obrigatório, pelo menos, o envio de uma figura.

Carta ao Editor - Espaço destinado exclusivamente à publicação da opinião dos leitores da Revista da APCD sobre seu conteúdo jornalístico e científico. É necessário especificar profissão e área de atuação; as críticas, principalmente direcionadas aos artigos, devem ter embasamento científico e mencionar o título do trabalho a que se refere. Limites: máximo de 900 caracteres (100 de título e 800 de texto).

3.b. Texto

3.b.1. Página de rosto: a página de rosto deverá conter o título; nome completo, titulação e afiliação acadêmica dos autores (no caso de diversas filiações, escolher apenas uma para citar); endereço completo contendo telefone, FAX e e-mail para contato do autor correspondente; especificação da categoria sob a qual os originais devem ser avaliados; especificação da área (ou áreas associadas) de enfoque do trabalho (ex.: Ortodontia, Periodontia/Dentística).

3.b.2. Título: máximo de **100 caracteres**. Não pode conter nomes comerciais no título.

3.b.3. Resumo: máximo de **250 palavras**. Deve ser composto seguindo a seguinte sequência: **Objetivos, Materiais e Métodos, Resultados, Conclusão**.

3.b.4. Relevância Clínica: descrição sucinta (**de 2 a 4 linhas de texto**) da relevância clínica do trabalho apresentado.

3.b.5. Descritores: máximo de **cinco**. Para a escolha de descritores indexados, consultar Descritores em Ciências da Saúde, obra publicada pela Bireme <http://decs.bvs.br/>.

3.b.6. Resumo, título e descritores em inglês: devem seguir as mesmas normas para os itens em português. Os autores devem buscar assessoria linguística profissional (revisores e/ ou tradutores certificados em língua inglesa) para correção destes itens.

3.b.7. Introdução: deve ser apresentada de forma sucinta (de **uma a duas páginas de texto**) com clareza enfocando o tópico estudado na pesquisa e o conhecimento atual pertinente ao assunto. O objetivo deve ser apresentado no final desta seção.

3.b.8. Materiais e Métodos: identificar os métodos, procedimentos, materiais e equipamentos (entre parênteses dar o nome do fabricante, cidade, estado e país de fabricação) e em detalhes suficientes para permitir que outros pesquisadores reproduzam o experimento. Indique os métodos estatísticos utilizados. Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nome genérico, dose e via de administração e citar no artigo o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

3.b.9. Resultados: devem ser apresentados em uma sequência lógica no texto com o mínimo possível de discussão, acompanhados de tabelas apropriadas. Relatar os resultados da análise estatística. Não utilizar referências nesta seção.

3.b.10. Discussão: deve explicar e interpretar os dados obtidos, relacionando-os ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

3.b.11. Conclusão: deve ser pertinente aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

3.b.12. Aplicação Clínica: deve conter informações sobre em que o trabalho pode ajudar na prática clínica, com duas ou três conclusões de aplicação clínica; precisa, necessariamente, ser diferente das informações prestadas no item Relevância Clínica.

3.b.13. Agradecimentos: Especifique auxílios financeiros citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo (Ex.: Este estudo foi financiado pela FAPESP, 04/07582- 1). Mencionar se o artigo fez parte de Dissertação de Mestrado ou Tese de Doutorado (Ex.: Baseado em uma Tese submetida à Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Doutor em Clínica Odontológica, área de Dentística). Pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo podem ser citadas.

3.b.14. Referências: máximo de 30. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. **IMPORTANTE: a utilização de referências atuais é de fundamental importância para o aceite do trabalho.** As referências devem ser **numeradas de acordo com a ordem de citação** e apresentadas em sobrescrito no texto. Sua apresentação deve seguir a normatização do **estilo Vancouver**, conforme orientações fornecidas no site da National Library of Medicine: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Nas publicações com sete ou mais autores, **citam-se os seis primeiros** e, em seguida, a expressão latina et al. Deve-se evitar a citação de comunicações pessoais, trabalhos em andamento e não publicados. Exemplos:

Livro Fejerskov O, Kidd E. Cárie dentária: a doença e seu tratamento clínico. 1^a. ed. São Paulo: Santos; 2005.

Capítulo de Livro Papapanou PN. Epidemiology and natural history of periodontal disease. In: Lang NP, Karring T. Proceedings of the 1st European Workshop on Periodontology. 1st ed.London: Quintessence, 1994:23-41.

Artigo de Periódico Iwata T, Yamato M, Zhang Z, Mukobata S, Washio K, Ando T, Feijen J, Okano T, Ishikawa I. Validation of human periodontal ligament-derived cells as a reliable source for cytotherapeutic use. J Clin Periodontol 2010;37(12):1088-99.

Dissertações e Teses Antoniazzi JH. Análise “in vitro” da atividade antimicrobiana de algumas substâncias auxiliares da instrumentação no preparo químico-mecânico de canais radiculares de dentes humanos [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto; 1968.

Consultas Digitais Tong, Josie (2002), “Citation Style Guides for Internet and Electronic Sources”. Página consultada em 10 de novembro de 2010, http://www.guides.library.ualberta.ca/citation_internet.

3.c. Tabelas Devem estar no **final do texto ou em forma de figuras na resolução adequada. A legenda deve acompanhar a tabela.**

3.d. Figuras – normas gerais: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros etc.), serão consideradas no texto como figuras e devem ser citadas no corpo do texto obrigatoriamente. As figuras devem possuir boa qualidade técnica e artística para permitir uma reprodução adequada. São aceitas apenas imagens digitalizadas que estejam em **resolução mínima de 300 DPIs, em formato TIFF, com 6 cm de altura e 8 cm de largura**. Não serão aceitas fotografias embutidas no arquivo de texto. Não serão aceitas imagens fotográficas agrupadas, fora de foco, com excesso de brilho, escuras demais ou com outro problema que dificulte a visualização do assunto de interesse ou a reprodução. Os limites máximos apresentados para imagens poderão ser ultrapassados em casos especiais desde que as imagens adicionais sejam necessárias à compreensão do assunto, sob condição de que os autores assumam possíveis custos devido à inclusão destas imagens.

4. ASPECTOS ÉTICOS

4.a. Estudos realizados in vivo ou que envolvam a utilização de materiais biológicos deverão estar de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e seus complementos, e ser acompanhado de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do estabelecimento onde foram realizados.

4.b. Na apresentação de imagens e texto deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou estar reconhecível em fotografias. O termo de consentimento do paciente quanto ao uso

de sua imagem e documentação odontológica é obrigatório e deve se referir especificamente à Revista da APCD.

4.c. Figuras e Tabelas já publicadas em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento por escrito do autor e dos editores.

5. ANÚNCIOS PUBLICITÁRIOS

Devem estar em conformidade com as especificações contratadas com o setor comercial. A Revista da APCD exime-se de qualquer responsabilidade pelos serviços e/ou produtos anunciados, cujas condições de fornecimento e veiculação publicitária estão sujeitas ao Código de Defesa do Consumidor e ao CONAR - Conselho Nacional de Auto-Regulamentação Publicitária.

6. ETAPAS DE AVALIAÇÃO

6.a. Controle do cumprimento das normas de publicação pela Secretaria.

6.b. Avaliação dos originais pelo corpo editorial quanto à compatibilidade com a linha editorial da Revista.

6.c. O conteúdo científico dos originais é avaliado por no mínimo dois assessores ad hoc segundo os critérios: originalidade, relevância clínica e/ou científica, metodologia empregada e isenção na análise dos resultados. A comissão de avaliação emite um parecer sobre os originais, contendo uma das quatro possíveis avaliações: “desfavorável”, “sujeito a pequenas modificações”, “sujeito a grandes modificações” ou “favorável”.

6.d. Os originais com a avaliação “desfavorável” são devolvidos aos autores, revogando-se a transferência de direitos autorais. Os originais com avaliação “sujeitos a modificações” são remetidos aos autores, para que as modificações pertinentes sejam realizadas e posteriormente reavaliadas pelos assessores ad hoc.