

PARÂMETROS CLÍNICOS E RADIOGRÁFICOS PERIODONTAIS DE PACIENTES COM PERIODONTITE AGRESSIVA ANTES E APÓS TRATAMENTO DE RASPAGEM E ALISAMENTO RADICULAR ASSOCIADO AO USO DE AZITROMICINA

Julia Barbosa Martini
Bruno Lima de Oliveira
Luccas Leite Carvalho
João Antônio Chaves de Souza
Dayane de Almeida Brandão
Getúlio Souza de Marães

Instituição de fomento: Bolsa de Iniciação Científica (PBIC) - UniEVANGÉLICA

INTRODUÇÃO

A doença periodontal é caracterizada como uma doença que acomete os tecidos de revestimento e sustentação do dente, sendo dividida em gengivite e periodontite. A gengivite consiste na inflamação dos tecidos gengivais, sendo causada por diversos fatores, como a placa bacteriana. É induzida pela interação entre os microrganismos encontrados no biofilme dental e os tecidos e células inflamatórias do hospedeiro, no caso, órgão dentário. Tal interação pode ser alterada por efeitos de fatores locais, sistêmicos, medicamentosas e até a desnutrição, como a falta de vitamina C¹. A outra apresentação da doença, periodontite é uma doença infecciosa que resulta na destruição dos tecidos de suporte dentário, como ligamento periodontal e osso alveolar ².

Capaz de matar ou inibir o crescimento de bactérias, os antibióticos podem ser bactericidas, quando destroem diretamente as bactérias ou bacteriostáticos, quando impedem a multiplicação delas, o que facilita o trabalho do sistema imune frente ao controle da infecção⁷. Nicolini⁸ et al afirma que os antibióticos têm por finalidade melhorar uma infecção estabelecida, impedindo ou eliminando o crescimento bacteriano⁸. Eles atuam de três formas: interferindo na síntese da parede celular do microrganismo, no qual se tem as penicilinas, cefalosporinas, vancomicina e a bacitracina, no comprometimento da síntese de proteínas bacterianas, que são os antibióticos aminoglicosídeos, tetraciclina, eritromicina, entre outros e a inibição da síntese de ácidos nucleicos, realizado pelo metronidazol, quinolonas, rifampicina, sulfonamidas e trimetropina⁹.

METODOLOGIA

Foram selecionados onze pacientes com periodontite agressiva, de ambos os sexos, com faixa etária entre 23 a 42 anos, triados na Clínica Odontológica de Ensino do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Anápolis, Goiás, Brasil. Perda óssea vertical em primeiros molares e incisivos, e outros dentes adjacentes, com profundidade de bolsa maior ou igual a 4 mm, ausência

de cálculo e biofilme, idade do paciente e característica radiográfica da perda óssea foram as características analisadas para o diagnóstico dessa patologia. Esses pacientes foram divididos em grupo – teste (uso de Azitromicina no início do tratamento periodontal) e grupo-controle (somente debridamento mecânico), ou seja, pacientes que possuem periodontite agressiva e utilizaram Azitromicina no tratamento e pacientes que possuem periodontite agressiva e não utilizaram Azitromicina no tratamento. Essa locação de pacientes foi realizada através de sorteio para cada um dos grupos realizado previamente os exames iniciais.

Foram apurados os índices de placa e índice gengival, além dos parâmetros biométricos: recessão gengival (RG), profundidade de sondagem (PS) e nível clínico de inserção (NIC), que foram tomados antes e meses da intervenção experimental. Foram obtidas radiografias periapicais no início do tratamento e após 3 meses. Os parâmetros radiográficos abordados foram: nível do defeito ósseo (NDO= distância entre a crista óssea e a base do alvéolo), nível da crista óssea alveolar (NCOA = distância entre a junção cimento- esmalte do dente vizinho e a margem da crista óssea).

Os pacientes que faziam parte do grupo com uso do antibiótico receberam o medicamento e foram alertados sobre o uso de Azitromicina 500 mg, 1 vez ao dia, em dose única, durante 5 dias. Os pacientes foram acompanhados semanalmente até a 6ª semana e mensalmente, até completar o período de três meses.

RESULTADOS

A amostra final do estudo foi de 10 pacientes, com média de idade de 29,75 ($\pm 9,25$) anos. A amostra apresentou 60 % de indivíduos do gênero masculino. Todos os pacientes eram não fumantes e apresentava como diagnóstico de periodontite agressiva. Para comparar os defeitos intraósseos entre os grupos no início do estudo e após três meses, foram avaliadas radiografias periapicais padronizadas com o auxílio de um software de análise de imagens (UTHSCA ImageTool®). Com o uso desse software, foi possível obter a distância da junção cimento esmalte ao topo de crista óssea alveolar em milímetros - NCOA, a distância de defeito ósseo em milímetro - NDO e a área do defeito em milímetros quadrados.

O nível do defeito ósseo (NDO= distância entre a crista óssea e a base do alvéolo) inicialmente encontrado nos pacientes controle foi de 3,23 mm e após três meses 2,48 enquanto no grupo teste observou-se 2,92 inicialmente e 3,12 após três meses. Já nível da crista óssea alveolar (NCOA = distância entre a junção cimento- esmalte do dente vizinho e a margem da crista óssea)

inicialmente encontrado nos pacientes controle foi de 1,43 mm e após três meses 0,80 enquanto no grupo teste observou-se 1,62 inicialmente e 1,68 após três meses.

Os parâmetros clínicos nos mostraram inicialmente, a média da frequência de placa visível no exame foi de 61,20 % nos paciente controle e de 59,60 % nos pacientes testes. Aos três meses, o índice de placa foi notadamente reduzido no grupo teste.

Na realização do tratamento foi observada uma melhora significativa em curto prazo com diminuição da profundidade de sondagem em pacientes que utilizaram a azitromicina como coadjuvante, principalmente em bolsas profundas, o que também teve resultado equivalente no trabalho de Moreno, demonstrando que em bolsas maiores do que 7 mm o nível de inserção melhorou com o uso do antibiótico, já em bolsas leves e com média de 4mm, não teve tanta discrepância com o uso somente do placebo e debridamento mecânico. E com relação ao ganho de inserção clínica o grupo teste obteve ganho mais significativo do que o grupo controle.

CONCLUSÕES

Em curto prazo, o uso coadjuvante de azitromicina, comparado ao placebo, na terapia mecânica em indivíduos jovens, resultou em maiores reduções de profundidade de sondagem em bolsas profundas e em relação a dados radiográficos não se observou diferença, porém, novos exames radiográficos com um maior intervalo de tempo do tratamento serão realizados para confirmar esse resultado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. QUIRYNEN M et al. Full-vs. **Partialmouth disinfection in the treatment of periodontal infection: Short term clinical and microbiological observations.** Journal of Dental Research.1995;74(8):1459-1467.
2. HOPELMAN IM, SCHNEIDER MM. **Azithromycin: the first of the tissue-selective azalides.** Int J Antimicrob Agents. 1995;5(3):145-167. 2. Cury PR et al. Peridontite: fator de risco para doenças sistêmicas? Porto Alegre: Revista Gaúcha de Odontologia. Out 2003;51(4):210-214
4. OPPERMAN RV. **Diagnóstico e tratamento das doenças cárie e periodontal.** Retratação in: Mezzomo E et al. Reabilitação oral para o clínico. 2. São Paulo: Santos; 1994. 40-42.
5. SABA-CHUJFI E; SILVA ECQ; SARIAN R. **Avaliação dos métodos de motivação/educação em higiene bucal.** Porto Alegre: Revista Gaúcha de Odontologia.1992 ;40(2):87-90.
6. TURSSI CP et al. **Influência do reforço da motivação no controle da placa bacteriana em escolares da zona rural.** Revista ABOPREV.1998;(1):16-21.

7. PINHEIRO P. **Antibióticos: tipos, resistência e indicações** [Internet]. Revista MD. SAÚDE. [acesso em 2017 out 25]. Disponível em: www.mdsaude.com/2011/02/antibioticos.html.
8. NICOLINI, P et al. **Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo**. Ciênc Saúde Coletiva. 2008; 13(suppl 0):689-96.
9. GRAHAME-SMITH, DG. ARONSON, JK. **Tratado de farmacologia clínica e fármaco terapia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.