



PUBLICATION DATA

Article received on July 01, revised on July 10,
accepted for publication on July 19 and
published on July 29

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2020v2n8p37-49>

Alexandre Hugo Llanos. llanos@usp.br

AFFILIATED INSTITUTION

- 1- Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Odontologia, Departamento de Periodontologia, São Paulo, SP, Brasil.
- 2- Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Odontologia, Departamento de Estomatologia, São Paulo, SP, Brasil

KEY WORDS

Doenças Periodontais; Qualidade de vida; Periodontite Agressiva; Saúde bucal; Estado de saúde.

Impacto da periodontite agressiva e da periodontite crônica na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Authors: Alexandre Hugo Llanos (1), Carlos Guillermo Benítez Silva (1), Karina Tamie Ichimura (1), Estela Sanches Rebeis (1), Marcela Giudicissi (1), Marcelo Munhões Romano (2) e Luciana Saraiva (1).

ARTIGO ORIGINAL

O objetivo deste estudo transversal foi investigar o efeito de diferentes formas de doenças periodontais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL). Foram incluídos 52 pacientes com Periodontite Agressiva (AP) ou Periodontite Crônica (PC): nove pacientes com Periodontite Agressiva Localizada (LAP), trinta e três pacientes com Periodontite Agressiva Generalizada (GAP) e dez pacientes com Periodontite Crônica Generalizada (GCP). Os questionários de Perfil de Impacto na Saúde Oral (OHIP-14) foram distribuídos após um exame clínico que mediu os seguintes parâmetros periodontais: perda dentária, sangramento na sondagem (BoP), profundidade da sondagem (DP), recessão gengival (REC) e nível de inserção clínica (CAL). As médias globais da pontuação do OHIP-14 foram 10,6 para o LAP, 16,5 para o GAP e 17,5 para o GCP. Diferença estatisticamente significativa ($p < 0.01$) foi observado entre o grupo LAP e os outros dois grupos. Houve significativamente menos sangramento e recessão no grupo LAP do que nos pacientes com formas generalizadas de periodontite. LAP, GAP e GCP têm impacto na qualidade de vida dos pacientes quando medidos com o OHIP-14. Pacientes com GAP e GCP apresentaram pior QVRS que pacientes com LAP.

Impact of aggressive periodontitis and chronic periodontitis on oral health-related quality of life.

The objective of this cross-sectional study was to investigate the effect of different forms of periodontal disease on oral health-related quality of life (OHRQoL). 52 patients with Aggressive Periodontitis (AP) or Chronic Periodontitis (CP) were included: nine patients with Localized Aggressive Periodontitis (LAP), thirty-three patients with Generalized Aggressive Periodontitis (GAP) and ten patients with Generalized Chronic Periodontitis (GCP). The Oral Health Impact Profile questionnaires (OHIP-14) were distributed after a clinical examination that measured the following periodontal parameters: tooth loss, bleeding on probing (BoP), probing depth (DP), gingival recession (REC) and clinical insertion level (CAL). The global averages of the OHIP-14 score were 10.6 for the LAP, 16.5 for the GAP and 17.5 for the GCP. Statistically significant difference ($p < 0.01$) was observed between the LAP group and the other two groups. There was significantly less bleeding and recession in the LAP group than in patients with generalized forms of periodontitis. LAP, GAP and GCP have an impact on patients' quality of life when measured with OHIP-14. Patients with GAP and GCP had worse HRQoL than patients with LAP.

Keywords: Periodontal diseases; Quality of life; Aggressive Periodontitis; Oral health; Health condition.

INTRODUÇÃO

A doença periodontal afeta os tecidos de suporte ao redor dos dentes e inclui uma variedade de apresentações inflamatórias que podem levar à destruição progressiva dos tecidos e, finalmente, à perda dos dentes. ¹ Do ponto de vista fisiopatológico, a periodontite é uma resposta inflamatória à disbiose microbiana relacionada à placa dentária. ^{2,3}

Atualmente, são reconhecidas duas principais apresentações distintas de periodontite: periodontite crônica (PC) e periodontite agressiva (PA). ⁴ PC raramente se desenvolve nas três primeiras décadas de vida ⁵ e apresenta uma lenta taxa de progressão cíclica. ⁶ Periodontite agressiva localizada (LAP) e Periodontite agressiva generalizada (GAP) têm sido descritas como doenças de destruição tecidual rapidamente progressivas que geralmente não têm correlação com depósitos de placas dentárias, desenvolvem-se precocemente e têm uma maior taxa de progressão em relação à PC. ^{4,7}

Uma avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) revela de maneira abrangente o impacto da saúde bucal na vida dos pacientes. Várias ferramentas de avaliação foram projetadas para esse objetivo. O Perfil de Impacto na Saúde Oral (OHIP) ⁸ é um instrumento usado para medir o impacto do tratamento e da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes. ⁹ Tem sido amplamente utilizado em populações distintas, incluindo adultos jovens, e também avalia o impacto da doença periodontal na QVRS. ^{10,11,12} O desenvolvimento dessas ferramentas representa uma mudança de paradigma do clínico para uma abordagem centrada no paciente para a promoção da assistência à saúde bucal. ¹³ O OHIP-14 é um instrumento mais conciso para avaliar o impacto percebido da saúde bucal como resultado do tratamento odontológico ⁸ que o OHIP-49 original. ¹⁴

O impacto da periodontite na OHRQoL recebeu relativamente pouca atenção. ¹⁵ Entender o impacto de diferentes formas de doença periodontal é essencial para avaliar a percepção do paciente. O objetivo deste estudo transversal foi investigar o efeito de diferentes formas de doenças periodontais na QVRS.

METODOLOGIA

Seleção e design de amostras

Este estudo foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) de setembro a novembro de 2016. Um grupo de pacientes encaminhados para tratamento na FOUSP foi selecionado para participar do estudo após o diagnóstico. Esses pacientes foram diagnosticados de acordo com o Workshop Internacional de 1999 para a Classificação de Doenças e Condições Periodontais ⁴ para GAP, LAP e Periodontite Crônica Generalizada (GCP). Após a triagem e o diagnóstico, 33 pacientes com GAP, 9 com LAP e 10 com GCP foram incluídos. Os critérios de exclusão foram estar grávida ou amamentar, idade <18 anos e ter doenças sistêmicas que afetam os tecidos periodontais. Este estudo foi

aprovado pelo Comitê de Ética da FOU SP (CAAE: 29698314.1.0000.0075). Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi obtido de todos os participantes.

Os dados pessoais de cada participante foram coletados por meio de entrevistas individuais e incluíram idade, sexo e nível de escolaridade. Os questionários OHIP (OHIP-14) foram distribuídos após um exame clínico que mediu os seguintes parâmetros periodontais: perda dentária, sangramento na sondagem (BoP), profundidade da sondagem (PD), recessão gengival (REC) e perda de inserção clínica (CAL). O exame foi realizado com uma sonda periodontal (PCPUNC, Hu-Friedy®, Chicago, EUA), que incluiu todos os dentes em seis locais por dente, com exceção dos terceiros molares. Um examinador treinado fez todas as medições. O LAP afeta os primeiros molares e incisivos, com uma perda de inserção interproximal em pelo menos dois dentes permanentes, incluindo um primeiro molar, e no máximo dois outros dentes permanentes (exceto primeiros molares e incisivos). O GAP se apresenta como perda generalizada de inserção, afetando pelo menos três dentes permanentes, além dos primeiros molares e incisivos. A doença periodontal crônica generalizada (GCP) também é caracterizada por destruição periodontal disseminada, mas geralmente em idade mais avançada, com progressão lenta associada à presença de placa e cálculo e com mais de 30% dos locais do paciente envolvido.

Os parâmetros periodontais utilizados para avaliação do local foram medidos pela sondagem da margem gengival até o fundo da bolsa periodontal (DP); por sangramento gengival após sondagem suave (BoP); medindo a junção cimento-esmalte até a margem gengival (REC) e a soma desta última medida com a profundidade de sondagem (CAL). As medidas clínicas foram registradas para todos os grupos (LAP, GAP, GCP), bem como para todos os dados demográficos.

Avaliação da OHRQoL

O questionário OHIP-14 foi utilizado para avaliar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes dos três grupos e foi realizado por apenas um investigador. O OHIP-14 é um questionário simplificado de qualidade de vida, validado no Brasil (10) e com 14 questões divididas em 7 domínios descritos a seguir: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, social incapacidade e incapacidade. Cada domínio contém duas perguntas. Os pacientes responderam à frequência de suas experiências negativas seguindo uma escala do tipo Likert de 5 pontos: 0-nunca, 1-raramente, 2-ocasionalmente, 3-frequentemente, 4-muito frequentemente. A pontuação total varia de 0 a 56, e quanto maior o número, maior a experiência negativa do paciente.

análise estatística

A análise dos dados foi realizada no software SPSS for Windows (versão 5.2). O teste do qui-quadrado foi utilizado para testar as distribuições por gênero para cada grupo. Para as medidas clínicas, foram aplicados os testes ANOVA com post hoc de Tukey e Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni. Para comparar os valores do OHIP-14 para diferenças entre os grupos, também foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni.

Este estudo é uma adaptação para o português do original: "Llanos, Alexandre Hugo, et al. "Impact of aggressive periodontitis and chronic periodontitis on oral health-related quality of life." *Brazilian oral research* 32 (2018)²⁸." Esta adaptação segue os princípios de livre adaptação, remixagem e distribuição [Creative Commons Attribution License 4.0 CC BY](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características demográficas e clínicas básicas dos participantes do estudo. Um total de 52 pacientes foi incluído e categorizado por diferentes diagnósticos de periodontite (LAP - 9, GAP - 33, GCP - 10). Todos os participantes foram incluídos na análise final. A idade média de cada subgrupo é mostrada na Tabela 1 : LAP, 25,56 anos; GAP, 30,79 anos; e GCP, 50,1 anos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o grupo GCP e os dois grupos de periodontite agressiva. Usando o teste Qui-Quadrado, não foi encontrada diferença entre os grupos com base na distribuição por gênero.

Tabela 1: O teste do qui-quadrado foi utilizado para analisar a significância das diferenças de distribuição de gênero entre os grupos ($p = 0,19$; sem diferença significativa entre os grupos).

Variável	Diagnóstico da periodontite		
	Periodontite agressiva localizada	Periodontite agressiva generalizada	Periodontite crônica generalizada
Era	25,56 (7,49) ^a	30,79 (5,07) ^a	50,1 (6,87) ^b
Homens (%)	22,22	33,33	60
Mulheres (%)	77,78	66,67	40
BP (%)	27,03 (12,25) ^a	54,34 (23,97) ^b	63,99 (20,98) ^b
DPP ≤ 3 mm (%)	84,46 (8,8) ^a	60,88 (21,45) ^b	68,33 (16,45) ^b
PPD 4-6 mm (%)	12,18 (5,49) ^a	31,04 (16,37) ^b	24,38 (9,13) ^{ab}
PPD ≥ 7mm (%)	3,3 (4,79)	7,07 (8,47)	6,8 (10,49)
CAL	3,01 (0,34)	3,91 (1,25)	3,31 (1,14)
REC (Sites)	7 (6,14) ^a	15,67 (7,83) ^b	38,9 (16,49) ^c
Mobilidade	4,78 (3,38)	9,30 (6,46)	6,3 (3,68)
Faltando dentes	1,78 (1,39) ^a	2,48 (2,66) ^a	5,2 (2,86) ^b

A ANOVA foi usada para avaliar diferenças significativas entre os grupos (BOP, PPD ≤ 3 mm, PPD 4-6 mm, REC). As diferenças entre os grupos foram avaliadas pelo teste de Kruskal-Wallis com correção post hoc de Bonferroni (idade, DPP ≥ 7 mm, CAL, mobilidade, falta de dentes). Letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,05$).

Para as medidas clínicas, tabela 1 apresenta a porcentagem de BoP em que houve significativamente menos sangramentos no grupo LAP em comparação com as formas generalizadas de periodontite. Em cada subgrupo, os exames periodontais foram divididos em três grupos (DPP ≤ 3 mm, DPP 4-6 mm e DPP ≥ 7 mm). Para os locais de DPP ≤ 3 mm, o grupo

LAP exibiu uma diferença significativa em comparação aos grupos GAP e GCP. Para sites entre 4 e 6 mm, o GAP teve menos sites significativamente diferentes do que os grupos LAP e GCP. Enquanto isso, para DPP \geq 7 mm, não foram observadas diferenças. Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os grupos quando a CAL foi comparada; no entanto, o grupo GAP mostrou uma média aumentada em comparação com os outros grupos. Quando o REC foi testado, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, e o grupo LAP mostrou menos locais de recessão em relação ao grupo GCP, que mostrou um número maior de sites com recessão. Não foram encontradas diferenças significativas quando a mobilidade foi avaliada entre os grupos, embora o grupo GAP tenha mostrado uma proporção maior de mobilidade quando comparado ao LAP e ao GCP. Os participantes do grupo GCP exibiram significativamente mais perda de dentes do que os grupos LAP e GAP.

A tabela 2 mostra os resultados obtidos no questionário OHIP-14 para determinar a qualidade de vida. Para análise dos dados, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis com correção de Bonferroni para avaliar as diferenças entre os grupos. A Tabela 2 apresenta as faixas obtidas para cada grupo: LAP (0 - 38), GAP (0 - 42) e GCP (0 - 45), sendo 56 o maior escore possível.

Tabela 2: As diferenças entre os grupos foram avaliadas pelo teste de Kruskal-Wallis com correção post hoc de Bonferroni.

OHIP-14	Diagnóstico da periodontite		
	Periodontite agressiva localizada 0-38	Periodontite agressiva generalizada 0-42	Periodontite crônica generalizada 0-45
Alcance			
Pontuação total	10,6 (11,36) ^a **	16,5 (11,17) ^b	17,5 (13,44) ^b
Domínios			
Limitação de função	0,3 (0,92) ^a	0,7 (1,11) ^b	0,6 (0,88) ^b
Dor física	0,9 (0,91) ^a **	1,72 (1,08) ^{ab}	1,95 (1,19) ^b
Desconforto psicológico	1 (1,03) ^a *	1,81 (1,45) ^{ab}	2,15 (1,39) ^b
Deficiência física	0,95 (1,19)	0,84 (1,16)	1 (1,49)
Incapacidade psicológica	1,05 (1,28)	1,48 (1,48)	1,3 (1,45)
Deficiência social	0,85 (1,31)	0,89 (1,17)	1,05 (1,43)
Handicap	0,25 (0,79)	0,80 (1,20)	0,7 (1,08)

Letras diferentes indicam diferenças significativas entre os grupos. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

A média das pontuações globais do OHIP-14 é mostrada para cada forma de periodontite, com médias de 10,6 para LAP, 16,5 para GAP e 17,5 para GCP. Foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$) para os escores do questionário global entre o grupo LAP e os outros grupos, indicando uma pior percepção da QVRS para pacientes que foram diagnosticados com qualquer uma das formas generalizadas de doença periodontal.

Além disso, a Tabela 2 apresenta valores obtidos em cada um dos sete domínios avaliados pelo OHIP-14. Em dois desses sete domínios, diferenças estatisticamente

significantes foram observadas entre os grupos. Na seção Dor Física, houve diferença estatisticamente significativa entre o grupo LAP e os grupos GAP e GCP ($p < 0,01$), indicando aumento da percepção da Dor Física nos grupos com apresentação generalizada da doença. No domínio do desconforto psicológico, o grupo LAP mostrou um valor significativamente reduzido em comparação ao grupo GCP ($p < 0,5$), embora o grupo GAP não tenha sido significativamente diferente de nenhum dos grupos. Nos demais domínios (Limitação Funcional, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social, Handicap), não foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos; mesmo assim.

DISCUSSÃO

Neste estudo, 52 pacientes foram incluídos no total. Após o exame clínico e o preenchimento dos questionários, os dados foram analisados. Para cada grupo, foram registradas as características clínicas e demográficas. A distribuição do número de pacientes por diagnóstico foi a seguinte: 9 pacientes com LAP, 33 com GAP e 10 com GCP. A diferença no número de pacientes com periodontite agressiva generalizada e localizada é explicada pela prevalência de cada condição, pois a PAL é considerada uma condição rara. Isso também explica a diferença de idade e sexo entre os grupos.

A PA é um tipo de doença periodontal identificada por uma rápida perda de inserção e osso (7). Um tipo específico de biofilme parece ter um papel crítico e, além disso, a resposta imune pode ser prejudicada.⁶ Um dos principais problemas associados à PA é a perda precoce de dentes em indivíduos jovens (<35 anos), o que geralmente ocorre em pacientes com GAP. O histórico familiar da doença, associado à saúde sistêmica dos pacientes, também é uma característica importante.⁵

As lesões periodontais em pacientes com LAP, GAP ou GCP têm semelhanças bioquímicas com mediadores moleculares; no entanto, eles têm diferenças na velocidade de sua progressão.¹⁶ Um biofilme diferente parece estar associado ao LAP em comparação ao GAP e GCP.¹⁶ Essa diferença na progressão das doenças, principalmente nos casos de GAP, pode comprometer a qualidade de vida dos pacientes, pois muitas vezes perdem vários dentes nos estágios iniciais.¹⁷

A avaliação OHRQoL ajuda a entender melhor o impacto da saúde bucal na vida dos pacientes.¹² Esse foco na qualidade de vida advém do fato de a saúde ser um conceito importante e não apenas da ausência de uma condição patológica.⁸ OHIP-14 é um questionário simplificado de qualidade de vida que foi validado no Brasil.¹⁰ É uma ferramenta de resultados relacionada ao paciente, baseada no modelo de doença-deficiência-incapacidade-desvantagem desenvolvido pela OMS,¹⁸ que, como descrito anteriormente, possui 14 questões divididas em 7 domínios: limitação funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. As respostas variam de 0 a 4 na escala Likert: 0 - nunca, 1 - raramente, 2 - ocasionalmente, 3 - com bastante frequência e 4 - com muita frequência. A pontuação total

varia de 0 a 56, e quanto maior o valor absoluto, maior a experiência negativa do paciente.¹⁰ O aprimoramento da OHRQoL representa uma mudança conceitual de uma visão puramente clínica para um resultado centrado no paciente.^{19, 13}

Em relação aos achados do OHIP neste estudo, os escores globais para pacientes com formas generalizadas da doença (GAP e GCP) apresentam valores significativamente mais altos do que aqueles para pacientes com LAP, refletindo que os pacientes com GAP e GCP têm uma percepção pior da OHRQoL do que o grupo LAP.

Um estudo de Ng e Leung¹⁸ avaliou o impacto do status periodontal relacionado à QVRS em 767 pacientes e observou uma correlação estatística positiva entre o nível de escolaridade do paciente e o OHIP-14. Eles também relataram que mais de 10% dos pacientes apresentavam algum tipo de limitação funcional, limitação física ou dor com bastante ou muita frequência. Essas características foram consideradas pelos autores como dificuldade em mastigar ou desconforto ao comer ou desfrutar adequadamente das refeições devido a problemas na boca e nos dentes. Habashneh et al.²⁰ encontraram resultados semelhantes em seu estudo, observando que formas graves e moderadas de doença periodontal têm um impacto negativo na qualidade de vida (QV).

Em relação à avaliação clínica, Eltas et al.²¹ estudaram os índices de BoP, PD, CAL, REC e mobilidade e sua relação com a QVRS. Eles descobriram que os parâmetros clínicos que mais afetavam a QV eram BoP, REC e mobilidade dental. Nossos dados atuais mostram que os pacientes com GCP têm significativamente mais perda de dentes do que os grupos LAP e GAP. O mesmo tipo de diferença é observado para REC entre os três grupos: o grupo LAP tem menos locais de recessão em relação ao GCP, o grupo com o maior número de locais de recessão. Há significativamente menos sangramento no grupo LAP do que nos grupos GAP e GCP.

Uma revisão sistemática recente de Buset et al.²² estudaram a relação entre doença periodontal e QVRS e demonstraram essa associação: o impacto da doença periodontal na QV foi mais pronunciado quando a extensão e a gravidade da doença periodontal foram maiores. Eles acrescentaram que o OHIP-14 foi a ferramenta mais usada nos estudos avaliados e que a presença de comorbidades nos pacientes tem impacto na OHRQoL. Em outra revisão sistemática recente, Haag et al.¹⁹ relataram que o impacto de um resultado clínico na QV é mais evidente em adultos jovens do que em adultos mais velhos. Tal impacto teria a explicação possível de que, para adultos mais velhos, a perda de dentes é uma consequência normal do envelhecimento. Outra explicação seria que a presença de outras doenças sistêmicas nessa população possa revelar o impacto da QVRS nos pacientes.^{19, 23} No entanto, nosso estudo mostra que o LAP é o grupo com a menor média de idade (25,56 anos ± 7,49) e tem uma pontuação OHRQoL melhor que o GCP, com diferenças estatisticamente significantes. Isso pode estar relacionado ao impacto das características clínicas com diferenças estatisticamente significantes, como o aumento da porcentagem de BoP, mais locais com bolsas periodontais, mais recessão e maior número de dentes perdidos, em comparação ao grupo LAP.

Neste estudo, a média de idade dos pacientes em cada grupo foi de 25,56 anos para

LAP, 30,79 anos para GAP e 50,1 anos para GCP, mostrando uma diferença significativa entre as formas agressivas da doença e a forma crônica. Os pacientes diagnosticados com cada tipo de periodontite exibiram os mesmos padrões descritos na literatura: os pacientes diagnosticados com periodontite agressiva (PAL e PAL) apresentaram idades médias próximas à segunda / terceira década de vida, enquanto os pacientes diagnosticados com periodontite crônica apresentaram idade média mais próxima para a quinta década de vida.

Em 2013, um estudo de Durham et al.²⁴ compararam 89 pacientes com doença periodontal com 89 pacientes saudáveis de acordo com sexo e idade para avaliar dois tipos de questionários de QV. Os escores de OHRQoL foram significativamente menores em pacientes periodontais do que em pacientes saudáveis. O presente estudo compara os dados clínicos, demográficos e de QVRSQ entre grupos com três formas diferentes de periodontite.

De acordo com Al-Harthi et al.¹⁵, investigar e descrever as diferenças na prevalência, extensão e gravidade do impacto reforçaria a consistência dos achados. Armitage¹⁶ recomenda que a gravidade da periodontite seja classificada pela quantidade de inserção periodontal da seguinte forma: leve, 1 ± 2 mm; moderado, 3 ± 4 mm; e grave, perda de inserção clínica de 5 mm ou mais. Os resultados deste estudo para sites de DPP ≤ 3 mm mostraram uma diferença significativa para o grupo LAP em comparação com os grupos GAP e GCP. Para sites entre 4 e 6 mm, o grupo GAP mostrou menos sites que os outros, com uma diferença estatisticamente significativa em comparação com LAP e GCP. No entanto, para DPP ≥ 7 mm, não foram observadas diferenças entre os grupos. Entretanto, nossos resultados sugerem que um princípio fundamental ao investigar a periodontite e a QVRS é o uso de uma série de medidas clínicas e definições de casos para examinar a força da associação.¹⁵

O tamanho da amostra de PA descrito neste estudo, especialmente o grupo LAP, é sua principal limitação. Apesar da importância no pool de doenças periodontais, a PA tem baixa prevalência, com taxas de 0,3% a 5,5%^{25, 26} em comparação com a PC, que afeta 19,4% dos brasileiros adultos (SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional em Saúde Oral: Principais Resultados). O grupo GCP foi incluído para mostrar dados de uma doença com maior prevalência na população e para alcançar um certo equilíbrio crítico na visualização de dados. Além disso, este é um estudo transversal em que a análise dos dados foi apenas descritiva. O acompanhamento dos pacientes incluídos neste estudo para mensurar os parâmetros clínicos e a QV após o tratamento periodontal e durante a fase de manutenção pode gerar dados qualitativos e quantitativos críticos para o tratamento desses pacientes.

A PA e a PC podem levar à perda dentária devido à grande perda de inserção periodontal,²⁷ precoce ou tardia. Essa importante característica clínica induz mobilidade dentária, migração dentária pela colocação da língua, contatos oclusais desequilibrados e parafunção. Por esse motivo, muitos desses pacientes necessitam de reabilitação protética com uma equipe multidisciplinar, incluindo periodontia, ortodontia, implantes dentários, prótese e fonoaudiologia. A resposta ao tratamento periodontal pode ser considerada o passo inicial para melhorar a QV desses pacientes.

CONCLUSÃO

Neste estudo, nossos achados sugerem que diferentes formas de doença periodontal têm um impacto distinto na QV dos pacientes quando medidas pelo OHIP-14. Pacientes com diagnóstico de formas generalizadas de periodontite crônica ou agressiva apresentaram pior QVRS que aqueles diagnosticados com periodontite agressiva localizada, o que foi demonstrado principalmente pela diferença significativa nos domínios dor física e desconforto psicológico da ferramenta de avaliação.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

REFERÊNCIAS

1. Armitage GC. Clinical evaluation of periodontal diseases. *Periodontol* 2000. 1995 Feb;7(1):39-53.
2. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal diseases. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Jun;3:17038.
3. Chapple IL, Bouchard P, Cagetti MG, Campus G, Carra MC, Cocco F et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol*. 2017 Mar;44 Suppl 18:S39-51.
4. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*. 1999 Dec;4(1):1-6.
5. Kulkarni C, Kinane DF. Host response in aggressive periodontitis. *Periodontol* 2000. 2014 Jun;65(1):79-91.
6. Ford PJ, Gamonal J, Seymour GJ. Immunological differences and similarities between chronic periodontitis and aggressive periodontitis. *Periodontol* 2000. 2010 Jun;53(1):111-23.
7. Paraguassu, Éber Coelho, et al. "Implant installation in patients with periodontal disease history." *Research, Society and Development* 9.2 (2020): 39922009.



8. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997 Aug;25(4):284-90.
9. Aslund M, Pjetursson BE, Lang NP. Measuring oral health-related quality-of-life using OHQoL-GE in periodontal patients presenting at the University of Berne, Switzerland. *Oral Health Prev Dent.* 2008;6(3):191-7.
10. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Aug;33(4):307-14.
11. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010 Apr;38(2):136-44.
12. Antoniazzi RP, Zanatta FB, Ardenghi TM, Feldens CA. The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of life in Brazilians. *Oral Dis.* 2017 Sep.
13. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011 Nov;90(11):1264-70.
14. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994 Mar;11(1):3-11.
15. Al-Harthi LS, Cullinan MP, Leichter JW, Thomson WM. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: a review of the evidence from observational studies. *Aust Dent J.* 2013 Sep;58(3):274-7.
16. Armitage GC, Cullinan MP. Comparison of the clinical features of chronic and aggressive periodontitis. *Periodontol 2000.* 2010 Jun;53(1):12-27.
17. Eltas A, Uslu MÖ. Evaluation of oral health-related quality-of-life in patients with generalized aggressive periodontitis. *Acta Odontol Scand.* 2013 May-Jul;71(3-4):547-52.
18. Ng SK, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006 Apr;34(2):114-22.
19. Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M, Brennan DS. Oral conditions and health-related quality of life: a systematic review. *J Dent Res.* 2017 Jul;96(8):864-74.
20. Al Habashneh R, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact



Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci.* 2012 Mar;54(1):113-20.

21. Eltas A, Uslu MO, Eltas SD. Association of oral health-related quality of life with periodontal status and treatment needs. *Oral Health Prev Dent.* 2016;14(4):339-47.

22. Buset SL, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol.* 2016 Apr;43(4):333-44.

23. MacEntee MI. Quality of life as an indicator of oral health in older people. *J Am Dent Assoc.* 2007 Sep;138 Suppl:47S-52S.

24. Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *J Dent.* 2013

25. Cortelli JR, Cortelli SC, Pallos D, Jorge AO. [Prevalence of aggressive periodontitis in adolescents and young adults from Vale do Paraíba]. *Pesqui Odontol Bras.* 2002

26. Susin C, Albandar JM. Aggressive periodontitis in an urban population in southern Brazil. *J Periodontol.* 2005 Mar;76(3):468-75

27. Dopico J, Nibali L, Donos N. Disease progression in aggressive periodontitis patients: a retrospective study. *J Clin Periodontol.* 2016 Jun;43(6):531-7

28. Llanos, Alexandre Hugo, et al. "Impact of aggressive periodontitis and chronic periodontitis on oral health-related quality of life." *Brazilian oral research* 32 (2018)