

Análise crítica da classificação das doenças periodontais após dez anos: essencialismo e nominalismo na nova taxonomia

Critical analysis of the periodontal diseases' classification after ten years: essentialism and nominalism in the new taxonomy.

Fábio Aníbal Goiris¹, Jéssica Elaine Witek², Tatiane Michelle Striechen²

¹Mestre em Periodontia pela USP/Bauru e Professor da Disciplina de Periodontia da UEPG (Universidade Estadual de Ponta Grossa - Paraná)

²Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa.

DESCRIPTORES:

Classificação das Doenças Periodontais; Essencialismo; Nominalismo; Taxonomia; Etiopatogenia da doença periodontal.

Keywords:

Classification of Periodontal Diseases; Essentialism; Nominalism; Taxonomy; Etiopathogenic of periodontal diseases.

RESUMO

As doenças periodontais apresentam-se sob várias formas clínicas e podem ser modificadas por variáveis locais e sistêmicas, o que tem resultado em permanente alteração da sua taxonomia. As propostas de classificação sempre estiveram fundamentadas num conceito nominalista e/ou essencialista de doença. Segundo o nominalismo, a periodontite é uma ligação entre as causas, os sinais e sintomas da doença, sem considerar que possuem diferenças entre si na etiologia, história natural, progressão e resposta à terapia. Disso resultaram classificações imprecisas e interpretações arbitrárias. Uma contribuição importante para superar estes conceitos foi a nova classificação das doenças periodontais apresentadas pela AAP (Academia Americana de Periodontia) em 1999. O objetivo deste trabalho é o de apresentar uma discussão acerca da classificação de 1999, nos seus primeiros 10 anos de existência, apontando seus pontos conflitantes.

Abstract

Periodontal diseases appears under several clinics forms and can be modified by local and systemic variables, what has result in permanent alteration of his taxonomy. The proposals of classification were always based in a nominalist and/or essentialist concept of disease. The essentialist concept, for example, means that the periodontitis is a connection among the causes, the signs and symptoms of the disease, but without considering that they possess differences amongst themselves in the aetiology, natural history, progression and response to the therapy. The result was the imprecise classifications and the arbitrary interpretations. An important contribution to overcome the essentialist concept was the new classification of the periodontal diseases presented by American Academy of Periodontology, AAP1, in 1999. The purpose of this review is to present a discussion concerning the first 10 years of the new classification, pointing their conflicting points.

307

Endereço para correspondência

Flávio Aníbal Goiris

Rua 7 de Setembro, 800 - Conj 508

CEP: 84010-350 - Ponta Grossa - PR

INTRODUÇÃO

Desde Hipócrates (460 a 377 a.C.), já se discutia a etiologia das diferentes alterações que afetam os dentes, como o sangramento gengival e a mobilidade. Gottlieb² (1923) publicou um artigo com uma das primeiras classificações das doenças periodontais: Tipo I: Schmutz-Pyorrhoe; denominada de "piorria alveolar" (seria a atual gengivite). Tipo II: Piórria paradental: uma osteoporose difusa com bolsas periodontais profundas. Tipo III: A trofia alveolar: uma lesão difusa e degenerativa do osso alveolar, denominada periodontose. Tipo IV: Trauma oclusal: alteração dos tecidos periodontais de suporte, por carga oclusal excessiva.

Durante o século XX, apareceram outras classificações das doenças periodontais. Uma alteração positiva foi a exclusão definitiva do termo periodontose, quando não se c

onsiderou que, nas doenças periodontais, pudesse existir algum processo tecidual de tipo degenerativo³.

Não obstante sempre existiram controvérsias sobre qual seria a melhor classificação para as doenças periodontais. Discutia-se, por exemplo: 1) se os fatores sistêmicos por si só podem causar doença periodontal. 2) se a formação de bolsa pode ocorrer na ausência de inflamação. 3) se as doenças dermatológicas que aparecem na cavidade oral, por não causarem bolsas sob a forma de perda de inserção clínica, poderiam ser incluídas como doenças periodontais. 4) se a periodontite é essencialmente a mesma doença que a gengivite⁴.

As principais respostas àquelas controvérsias podem ser sumarizadas em que: não existe evidência comprovada de que as doenças sistêmicas causem doença periodontal. Não há comprovação histopatológica de que a formação de bolsa periodontal verdadeira possa ocorrer em ausência de processo

inflamatório. Não se conseguiu afirmar que doenças dermatológicas provoquem ou influenciem a progressão da periodontite. A gengivite nem sempre estaria progredindo para uma periodontite, e as evidências são insuficientes para afirmar que a periodontite e a gengivite sejam doenças diferentes⁴.

O ESSENCIALISMO E O NOMINALISMO NA CLASSIFICAÇÃO DAS DOENÇAS PERIODONTAIS

O dilema das classificações das doenças que afetam os seres humanos tem perpassado dois conceitos negativos: o nominalismo e o essencialismo.

As classificações baseadas no nominalismo têm apresentado o problema de colocar o mesmo nome para doenças que apresentavam uma aparência clínica semelhante. Os nominalistas simplesmente rotulavam as doenças, oferecendo pouca informação sobre a etiologia subjacente. O nominalismo defendia o conceito de que não existem doenças, mas pessoas doentes, o que era uma forma inaceitável de classificar doenças^{5,6}.

Além disso, o nominalismo apresentava o problema de negar a existência aos universais. Ou seja, considerava os gêneros e as espécies, aceitando somente a existência do individual e do particular⁶. Por exemplo, denomina-se apenas de gengivite uma doença periodontal, cujo portador é um paciente diabético descompensado. A existência individual à doença é verdadeira (gengivite), porém o conceito universal mais grave (a doença sistêmica, diabetes, capaz de alterar profundamente a resposta do hospedeiro) é omitido.

De outra parte, o conceito essencialista procurou substituir ou superar o modelo nominalista da doença. O essencialismo (que já existia desde Aristóteles e depois adotado pelo botânico Lineu no século XVI) entendia que, para cada doença, existe uma etiologia específica subjacente. Nesse aspecto, foi um avanço. Não obstante, o essencialismo resultou problemático por utilizar o princípio do causalismo, ou seja, da relação causa e efeito (tal bactéria causa tal doença⁶). Disso resultaram classificações arbitrárias e imprecisas.

O essencialismo defendia a ideia de que a periodontite era simplesmente uma co-relação funcionalista e hierarquizada entre as causas e os sinais e sintomas da doença⁵.

O modelo biomédico estruturado sob o essencialismo derivou para uma conceituação equivocada, em que determinados sintomas prefiguram determinadas doenças. Esse conceito é negativo por omitir a dimensão da vida em que as pessoas são singulares, estando próximo do dualismo cartesiano, que deliberadamente separava o corpo da alma. Para o essencialismo, as doenças sempre foram pensadas em si mesmas, desconectadas das pessoas e da subjetividade dos seus portadores⁶.

Da análise desses dois modelos, nominalista e essencialista, autores, como Vander Velden⁷, optaram pelo nominalismo. Ou seja, mesmo reconhecendo as insuficiências e os defeitos do modelo nominalista, defendem o conceito de que a classificação nominalista da doença periodontal pode ser aceita.

Na defesa do nominalismo (denominado de neonominalismo), foram apresentadas quatro dimensões que sempre deveriam nortear a classificação das doenças periodontais: 1) extensão da doença, 2) severidade da doença, 3) idade do paciente e 4) características clínicas⁷.

A extensão da doença refere-se ao número de dentes que foram afetados (podendo ser: incidental, localizada, semigeneralizada e generalizada). A severidade da doença refere-se à constatação de que pode existir uma perda óssea: mínima, moderada ou avançada (a perda de 6mm de osso alveolar representaria um caso avançado). A idade do paciente deve ser considerada: 1) periodontite de início precoce subdi-

vidada em: periodontite e pré-puberal (em torno dos 12 anos), periodontite juvenil (entre 13 a 20 anos), periodontite do pós-adolescente (21 a 35 anos) e 2) periodontite do adulto (que se inicia aos 36 anos). Por fim, a classificação deve considerar as características clínicas. Por exemplo: pacientes afetados por doenças sistêmicas; pacientes que usam medicamentos, etc., que amplificam a severidade da perda de inserção clínica. Disso podem surgir as periodontites necrosantes, de progressão rápida, e as refratárias.

Diante do exposto, reconheceu-se a necessidade de rever e atualizar as classificações. Desde 1999, a Academia Americana de Periodontia, AAP1, passou a adotar uma Nova Classificação para as doenças periodontais, visando superar tanto o essencialismo quanto o nominalismo. Essa nova classificação surgiu de um consenso de vários especialistas do mundo inteiro.

A NOVA CLASSIFICAÇÃO: CONCEITOS E DISCUSSÕES

Na antiga Classificação das Doenças Periodontais de 1982 e, depois, na classificação da Academia Americana de Periodontia, de 1989, utilizaram-se termos, como: Periodontite de Estabelecimento Precoce (Early Onset Periodontitis – EOP); Periodontite de Progressão Rápida (Rapidly Progressing Periodontitis – RPP) e Periodontite Juvenil (localizada e generalizada)^{1,8}.

Contudo, em 1999, a Academia Americana de Periodontia passou a adotar o termo Periodontite Agressiva e, com isso, excluiu as periodontites de tipo precoce que afetariam pessoas com idade igual ou menor que 35 anos: 1) Periodontite Pré-Puberal (PP); 2) Periodontite de Progressão Rápida (RPP), que afetaria pessoas entre 25 a 30 anos e 3) Periodontite Juvenil, localizada e generalizada (que afetaria pessoas com idade entre a puberdade e os 20 anos)².

A exclusão dessas formas anteriores “precoces de periodontites parece ter deixado uma lacuna no sentido de que tanto o pesquisador como o clínico perderam a referência da idade para organizar precisão diagnóstica às formas precoces e juvenis da doença. As generalizações taxonômicas do tipo agressivas da classificação de 1999 podem estar perdendo em precisão clínica, visto que o seu alcance, de extrema amplitude, desconsidera variáveis, como idade do paciente e tempo de instalação da doença.

De outra parte, a inclusão do termo Periodontite Agressiva, na nova Classificação de 1999, estaria dando a conotação de que as outras formas de periodontites, como as crônicas, não seriam agressivas. Contudo, a doença periodontal (periodontite), inclusive em sua forma crônica, é certamente agressiva, no sentido da sua história natural, sua evolução patogênica e seus efeitos deletérios, como a perda dentária⁷. Diante disso, Van der Velden¹¹ diz preferir uma classificação mais simples e de tipo nominalista: 1) Periodontites de início precoce², Periodontite do adulto³, Periodontites necrosantes.

De acordo com a nova Classificação, de 1999, o termo Periodontite Crônica substituiu a forma anterior de Periodontite do Adulto, em razão de que considerar somente a idade do paciente não seria adequado, visto que se criariam dilemas diagnósticos. Afinal, formas adultas de periodontites podem ser vistas, também, em adolescentes. Disso resultaria a incongruência de dizer que um adolescente com determinado padrão de perda tecidual apresenta, paradoxalmente, periodontite do adulto. Esta foi também uma das razões para excluir da nova classificação as formas precoces e juvenis da doença⁸.

Contudo, o termo periodontite crônica estaria dando a conotação de uma doença de larga duração e, como algumas doenças deste tipo, entendida como incurável ou que não responde ao tratamento. Pode-se argumentar, contrariamente, que o termo “crônica refere-se, apenas, à progressão da do-

ença no tempo e não significa uma doença não-tratável. Van der Velden⁷ apresenta certas desvantagens da classificação de 1999: 1) a existência de sobreposições entre as diferentes categorias diagnósticas; 2) a necessidade de dados sobre a progressão prévia da doença; 3) a necessidade de informação detalhada sobre a qualidade do tratamento realizado anteriormente e 4) a resposta tecidual do paciente a essa terapia.

Outro aspecto discutível da classificação de 1999 diz respeito à Diabetes Mellitus, que foi incluída apenas dentro das "Doenças Gingivais" (doenças modificadas por fatores sistêmicos). Contudo, os casos de doença periodontal por diabetes apresentam também perda óssea extensa e exacerbada inflamação tecidual que ultrapassa os limites de uma simples condição de "doença gengival". Por essa razão, deveria existir, na classificação de 1999, um espaço para classificar diabetes como sendo parte também das periodontites e não, apenas, das gengivites. Paradoxalmente, entretanto, as leucemias foram incluídas tanto na forma de gengivites como na forma de periodontites. Esta seria a forma correta de classificar certas doenças sistêmicas que afetam o periodonto.

Pode-se questionar ainda a razão pela qual a classificação de 1999 considerou a denominada pericoronarite, termo que ainda vem sendo utilizado por Leung⁹, na forma de uma afecção gengival aguda, que ocorre geralmente em torno de terceiros molares em fase de erupção. A classificação de 1999 incluiu apenas a forma avançada ou agravada de pericoronarite, que é o abscesso pericoronário. Contudo, muitos pacientes continuam a apresentar apenas alterações gengivais na forma de pericoronarite e não, obrigatoriamente uma afecção na forma de abscesso periodontal pericoronário ("Pericoronar abscess"), que incluiria aumento de volume tecidual e secreção purulenta. Isso seria um reflexo do antigo nominalismo? Os nominalistas agrupavam as doenças de aparência semelhante sob um mesmo nome, acreditando não terem existência individual⁶. Nesse sentido, foi um ponto positivo para a Classificação de 1999 a introdução de duas doenças agudas na forma de Doenças Periodontais Necrosantes: a Gengivite Ulcerativa Necrosante (GUN) e a subsequente Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN).

É de interesse salientar também que fatores, como fumo e aspectos psicossomáticos, por exemplo, não foram incluídos, na Classificação de 1999, como modificadores da resposta inflamatória, talvez com razão, uma vez que os casos clínicos periodontais, em que estão presentes estes fatores, não são patognômicos de determinados padrões inflamatórios periodontais. O fumo afetaria todas as formas de doenças gengivais e periodontais e, portanto, embora de extrema importância, não poderia ser incluído como um fator isolado.

Outra doença importante, como a AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, também não foi incluída na nova classificação, provavelmente pela mesma razão de não apresentar uma forma patognômica de doença periodontal. Outro ponto positivo da classificação de 1999 é a introdução das "doenças gengivais" (gengivites) com uma precisa distribuição dos fatores que afetam os tecidos gengivais, como fatores sistêmicos, drogas, nutrição inadequada, lesões não-induzidas por placa, doenças gengivais de origem genética, viral, por fungos, etc.

Finalmente, é preciso enfatizar outro aspecto, certamente positivo da classificação de 1999: a exclusão da denominada Periodontite Refratária como uma entidade única e separada. A partir disso, a Periodontite Refratária passou a ser entendida como fazendo parte de todas as formas de periodontites, ou seja, das formas crônicas, das formas agressivas, etc. Assim, poderá existir, por exemplo, uma Periodontite Refratária Crônica.

CONCLUSÕES

1. A nova classificação das doenças periodontais da Academia Americana de Periodontia de 1999 baseou-se na relação infecção/resposta do hospedeiro e incorporou aspectos positivos, procurando superar o modelo nominalista e, também, essencialista das classificações anteriores.
2. A generalização do termo Periodontite Agressiva tem recebido críticas, pois classifica a doença pelos sinais e sintomas, sem considerar o grau de progressão da doença desde seu início e tampouco a idade do paciente.
3. A eliminação da idade do paciente como parâmetro de classificação e a exclusão das formas anteriores, Periodontite Pré-Puberal, Periodontite de Início Precoce, Periodontite de Progressão Rápida e Periodontite Juvenil, parecer deixar uma lacuna na taxonomia das doenças periodontais e dificultado o diagnóstico por parte do profissional clínico.
4. A não inclusão da presença de doenças como "periodontite do diabético" na classificação de 1999 seria um resquício do modelo nominalista, por aceitar condições particulares e negar a existência de elementos universais.
5. É importante considerar a proposta de autores que defendem o neo-essencialismo (Van der Velden, 2005)⁷, no qual a classificação sempre deveria ter por base quatro dimensões: extensão da doença, severidade da doença, idade do paciente e características clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Armitage, G. C. American Academy of Periodontology. Princeton. New Jersey. Proceedings of the World Workshop in Clinical Periodontics, 1989, v.1 p.23-24.
2. Gottlieb, B. Die Diffuse Atrophie der Alveolarknochen. Z. Stomatol., 1923, 21:195.
3. Box, H.K. Periodontal Studies. Toronto, Canada: University of Toronto Press, 1940.
4. Ramfjord, S.P. & Ash, M. Periodontology and Periodontics. W.B. Saunders Company, London, 1982, 89-90.
5. Baellum, V. e Lopes, R. Defining and classifying periodontitis: need for a paradigm shift?, European Journal Of Oral Sciences, 11(1) – 2. 2003
6. Sanchez, G. Historia, Teoría y Método de la Medicina. Madrid, Edit. Masson Elsevier, 1998.
7. Van der Velden, U. Purpose and problems of periodontal disease classification. Periodontology 2000, 2005, Vol. 39, 13-21
8. Armitage, G. C. Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. Ann Periodontol, Chicago, v. 4, n. 1, p. 1-6, Dec. 1999.
9. Leung, W.K. Microbiology of the pericoronar pouch in mandibular third molar pericoronitis. Oral Microbiology and Immunology, 2007, 8: 306 – 312
10. Loe, H.; Anerud, A.; Boysen, H.; Borison, E. Natural history of periodontal disease in man. Rapid, moderate and no loss of attachment in Sri Lankan labors 14 to 46 years of age. J Clin Periodontol, 1986, 13:431-440
11. Page, R.C. & Schroeder, H.E. Periodontitis in man and Others Animals, a comparative review. Basel, New York, Karger, 1982, 223

Recebido para publicação: 10/02/10
Encaminhado para reformulação: 16/06/10
Aceito para publicação: 05/08/10