Especialização em
SAÚDE DA FAMÍLIA

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Caso complexo
Samuel

Fundamentação teórica
Doenças periodentais

UNIFESP
Universidade Federal de São Paulo
1933

MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL
MAIS SAÚDE PARA VOCÊ

PROVAB
PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

DOENÇAS PERIODONTAIS

Ilíria Salomão Feist

Dividiremos nosso conteúdo referencial em duas partes: na primeira definiremos, segundo a Academia Americana de Periodontia (AAP), os itens que devem ser seguidos desde o exame e a avaliação do paciente até a fase de manutenção. Na segunda, abordaremos mais detalhes entre a interação Doenças periodontais X Diabetes.

- Exame e avaliação (AAP, 2011):
  1) Exames extra e intraoral para detectar doenças de origem não periodontal.
  2) Exame dos dentes e implantes para verificar a topografia da gengiva; medir profundidade clínica de sondagem, perda de inserção, retração gengival e largura de gengiva queratinizada; analisar a condição subgengival através do sangramento à sondagem e supuração; verificar a condição clínica das furcas; e detectar lesões endo-perio.
  3) Avaliar presença, quantidade e/ou distribuição de biofilme, cálculo e inflamação gengival.
  4) Exame dos dentes incluindo presença de cáries, relação de contatos proximais, condições atuais das próteses e restaurações, e algum outro problema relacionado a dentes ou implantes.
  5) Exame oclusal incluindo grau de mobilidade de dentes ou implantes, verificação dos padrões de oclusão e interferências.
  6) Exame radiográfico para visualizar cada dente/implante e avaliar a quantidade/qualidade de tecido ósseo, estabelecendo padrão de perda óssea (se houver).
  7) Relacionar DP com qualquer problema sistêmico do paciente.
  8) Analisar a necessidade e a conveniência para colocação de implantes.
  9) Determinar fatores de risco, tais como idade, diabetes, fumo, doença cardiovascular e outras condições associadas ao desenvolvimento e/ou progressão da DP.

Estabelecendo diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento

Os achados clínicos combinados com o Diagnóstico e o Prognóstico serão utilizados para estabelecer um Plano de Tratamento para eliminar ou aliviar os sinais e sintomas da DP, interrompendo ou controlando a progressão da doença. É muito importante nessa fase entrar em contato com o médico do paciente, quando necessário, para conversar sobre os fatores de risco e cuidados adequados que devem ser tomados para um tratamento odontológico tranquilo.

Da mesma forma, todas as especialidades odontológicas devem ser consideradas – Dentística, Prótese, Ortodontia, Endodontia – em conjunto com a Periodontia para se estabelecer a melhor sequência de tratamento para cada paciente.

Sessões de reavaliação devem ser feitas no término de cada fase, antes de prosseguir, e sessões de manutenção deverão ser feitas após o final do tratamento, de acordo com a recomendação do profissional.

O paciente deve receber todas as explicações necessárias e concordar com o tratamento.

- Procedimentos terapêuticos:
  1) Educação e motivação do paciente com relação à higiene bucal e aconselhamento para minimizar os fatores de risco – estresse, fumo, controle da diabetes – e gerenciar a relação da DP com qualquer problema/medicação sistêmicos que ele apresente.
  2) Remoção de biofilme e cálculo supra e subgengival através de um procedimento de raspagem e alisamento corono-radicular total e meticuloso.
  3) Agentes químicos podem ser usados como complementares ao procedimento anterior para reduzir, eliminar ou alterar a microbiota local, ou para alterar a resposta do hospedeiro.
  4) Procedimentos ressectivos para reduzir ou eliminar bolsas periodontais, criando uma anatomia gengival favorável para a higiene bucal e manutenção a longo prazo. Nesta categoria se incluem as gengivectomias, as osteotomias, a ressecção radicular e técnicas combinadas que também podem ser usadas para aumento de coroa, uma cirurgia pré-protética para expor a coroa dos dentes, restabelecendo o espaço biológico. O dente poderá ficar mais exposto e mais longo, devendo-se tomar cuidado com sua indicação em regiões estéticas.
  5) Técnicas regenerativas que incluem enxertos ósseos, biomodificação radicular, Regeneração Tecidual Guiada (RTG) e a combinação destes para defeitos ósseos, de furcas ou retrações gengivais.

6) Cirurgia Plástica Periodontal para aumento da faixa de gengiva queratinizada, correção de retrações gengivais ou outras deformidades de tecido mole ou melhora da estética.
7) Terapia oclusal que inclua movimentação ortodôntica, ajuste oclusal, contenção, placas de bruxismo com o objetivo de estabilizar e manter a saúde oclusal.
8) Exodontias de dentes, raízes residuais ou implantes.
9) Colocação de implantes e tratamento das peri-implantites.

A cada procedimento executado verifica-se a sequência do plano de tratamento, principalmente quando nos deparamos com planos de tratamento longos. É importante rever todos os procedimentos realizados, reeducar e remotivar o paciente sempre que necessário.

Após realizar todos os procedimentos, é necessário checar se o paciente está ciente da importância da correta higiene bucal na manutenção do seu estado de saúde bucal; ele também deve ter entendido e aprendido a controlar os fatores de risco sistêmicos para que minimize as chances de recidiva da doença periodontal; por fim, deve participar de um Programa de Manutenção que o dentista vai estabelecer para o seu caso especificamente.

- Fatores que podem modificar para pior os bons resultados obtidos com o tratamento periodontal:
  1) Aparecimento de doenças sistêmicas;
  2) Controle inadequado do biofilme dental;
  3) Etiologias desconhecidas ou indeterminadas;
  4) Problemas endo-perio;
  5) Falha do paciente em seguir o Programa de Manutenção;
  6) Influências adversas, tais como fumo e estresse;
  7) Disfunção oclusal.

Recomenda-se realizar novo exame médico e dentário no final do tratamento – igual ao inicial – para servir de referência para as próximas consultas. O paciente deve ser informado se qualquer alteração ocorrer com sua saúde bucal ou geral. Podem ser necessários, ao longo do tempo, novos tratamentos.

DIABETES TIPO 2 X DOENÇA PERIODONTAL (DP)

O Diabetes Melito (DM) é uma doença metabólica devida à alteração na produção de insulina ou resistência tecidual a esta, levando a alterações no metabolismo de lipídios, açúcares e de proteína. Tem como principal característica a elevação anormal dos níveis de glicose no sangue, e essa hiperglicemia resultante pode induzir diversas patologias dos sistemas orgânicos.

O diabetes é um dos principais fatores de risco sistêmicos relacionados à DP. Pode influenciar não apenas na prevalência e na gravidade, como também no processo da doença. Estudos demonstram que pacientes com diabetes tipo 2 são três vezes mais suscetíveis à Doença Periodontal (DP) do que pacientes sem diabetes.

O diabetes afeta a DP provavelmente por mecanismos de origem multifatorial, como a microangiopatia, alterações no volume e na composição do fluido crevicular gengival, metabolismo do colágeno e resposta inflamatória do hospedeiro.

Indivíduos diabéticos apresentam várias complicações crônicas, sendo as principais a retinopatia, a nefropatia, a neuropatia e a macroangiopatia. A DP é a sexta mais comum complicação do diabetes e, em contrapartida, parece dificultar o controle glicêmico dos indivíduos acometidos por essa doença. Portanto, o controle da DP pode ser uma variável importante para o controle glicêmico dos diabéticos.

A DP promove um estímulo bacteriano constante. Mealey & Oates mostraram alguns estudos que demonstram a presença de uma microbiota diferente em pacientes diabéticos, com predominância da espécie *Capnocytophaga*. Outros estudos, porém, não conseguiram observar essas diferenças. Os autores sugerem que as alterações na resposta imuno-inflamatória do hospedeiro têm mais influência no aumento da prevalência e na severidade da destruição periodontal nos indivíduos diabéticos do que os potenciais patógenos periodontais.

A função das células imunológicas, incluindo neutrófilos, monócitos e macrófagos, está alterada no diabetes. A aderência, a quimiotaxia e a fagocitose estão prejudicadas, o que pode inibir a eliminação das bactérias da bolsa periodontal e aumentar a destruição tecidual.

Embora a função dos neutrófilos esteja diminuída no diabetes, o monócito/macrófago pode apresentar uma resposta exacerbada em contato com o antígeno bacteriano. Essa hiper-reação do monócito/macrófago resulta no aumento significativo de produção de citocinas e mediadores pró-inflamatórios.

Em estados hiperglicêmicos, proteínas se tornam irreversivelmente glicadas, e há a formação de produtos finais de glicação avançada (AGEs), que são proteínas estáveis contendo carboidratos e que alteram a relação célula-célula ou célula-matriz. Podem modificar o colágeno, fazendo com que se acumule na parede dos vasos, por exemplo.

O acúmulo de AGEs no periodonto estimula a migração de monócitos para o local, os quais, por sua vez, possuem receptores de superfície na membrana celular para os AGEs, denominados RAGEs. A interação AGE-RAGE promove, por meio de sinalização celular, uma alteração no fenótipo do monócito, levando a um aumento da produção de citocinas inflamatórias, tais como Fator de Necrose Tumoral-α (TNF-α), Interleucina-β (IL-β), Interleucina-6 (IL-6) e Prostaglandina 2 (PGE-2).

Essas citocinas inflamatórias levam à ativação de osteoclastos e estimulam a produção de metaloproteinases. Estas, por sua vez, colaboram para a destruição tecidual observada na DP. O TNF-α interfere no metabolismo dos lipídios, enquanto as 1L-β e IL-6 antagonizam indiretamente a ação da insulina, justificando a manutenção da hiperglicemia.

Esses fatores combinados levam a uma alteração na resposta imuno-inflamatória do hospedeiro, acarretando uma menor resistência à infecção e à capacidade reparadora. Assim, o tratamento periodontal mostra-se de grande importância, pois, ao controlar o biofilme dental a níveis compatíveis com saúde, reduz-se a carga microbiana local e, consequentemente, diminuem-se os níveis de citocinas pró-inflamatórias circulantes na corrente sanguínea.

O controle da DP é muito importante para o controle glicêmico dos diabéticos. Através de uma revisão sistemática, Costa, K. et al (2009) concluíram que diabéticos tipo 2 tratados periodontalmente, com terapia não cirúrgica, associada ou não ao uso de antimicrobianos, podem apresentar melhor controle metabólico do que pacientes não tratados, sugerindo assim que a prevenção e o controle da DP devem ser considerados parte integrante para o controle do diabetes.

Neste artigo os autores relataram um estudo que comparou o tratamento periodontal de pacientes diabéticos com raspagem ou raspagem + amoxicilina com ácido clavulânico. Houve melhora dos parâmetros clínicos em ambos os grupos. A HbA1c também diminuiu para ambos os grupos, porém foi estatisticamente significante somente para o grupo que não usou o antimicrobiano. Esses dados indicam que o uso do antimicrobiano não causou nenhum efeito adicional ao tratamento periodontal. Por um lado, esses resultados sugerem que o tratamento periodontal convencional é eficaz em indivíduos diabéticos não controlados. O uso do antimicrobiano não é essencial para o sucesso do tratamento.

O tratamento periodontal não só reduz a inflamação clinicamente, mas também diminui os níveis séricos de IL-6 e proteína C-reativa. Isso sugere o efeito sistêmico do tratamento periodontal.

No entanto, são necessários estudos com amostras maiores para que tais resultados sejam validados.

No caso complexo em estudo, o paciente está obeso. A obesidade está associada com aumento no número e no volume dos adipócitos, que são células com alta atividade metabólica que produzem grandes quantidades de TNF-α e IL-6. Por isso, a obesidade pode aumentar a resistência à insulina devido à elevada produção de TNF-α e IL-6 e à diminuição da produção de "adipoquinas" – hormônios produzidos pelo tecido adiposo normal que regulam o apetite, o uso da energia, a sensibilidade à insulina, a pressão sanguínea, a angiogenesis e as funções imunológicas.'