

## Doenças Sistêmicas versus Doenças Gengivais

### *Systemic Diseases versus Gingival Diseases*

Alessandra Medeiros Lobo de VASCONCELOS<sup>1</sup>; Antônio Carlos Garcia de OLIVEIRA<sup>2</sup>;  
Bruno de Godoy COELHO<sup>3</sup>; Carla Eremita SALGUEIRO<sup>4</sup>; Cibele Cristina Moraes SEMPIO<sup>4</sup>; Suzane A RASLAN<sup>5</sup>;

### Resumo

A integridade da saúde periodontal além de evitar perdas dentárias, previne a manifestação e agravamento de algumas condições sistêmicas. Hoje, o enfoque da prevenção não se limita apenas à aplicação de flúor, selante, e orientação de higiene bucal. A integração Periodontia/Medicina Bucal pode favorecer a realização de diagnósticos precoces de doenças sistêmicas bem como diminuir o agravamento das mesmas. Cada órgão funciona de forma integrada ao outro, portanto, para se ter uma vida saudável é necessário também que a saúde bucal esteja a contento.

### Unitermos

Doença Gengival – Doença Sistêmica.

### Abstract

*The integrity of health periodontal, in addition to avoid tooth losses, it cautions the manifestation and the damage of some systemic conditions. Nowadays, the focus of prevention isn't just limited in the application of fluorine, sealant and the orientation of oral hygiene. The integration of Periodontics/Oral Medicine can support the realization of precocious diagnostic from systemic diseases and decrease the damage. Each organ works in a integrated way, therefore, to have a healthy life, it's necessary that the oral healthy is satisfied.*

### Keywords

*Gingival Diseases - Systemic diseases*

1- Professora das disciplinas de Periodontia Clínica, Clínica Integrada, e Clínica de Tratamento de Dor da Faculdade de Odontologia da Unic. Professora do curso de Especialização de Periodontia do INPEO.

2- Especialista em Periodontia e Implantodontia.

3- Professor das Disciplinas de Periodontia Laboratorial,

Periodontia Clínica, Clínica Integrada, Saúde Coletiva, Pacientes Especiais e Especializando em Periodontia.

4- Acadêmicas da Faculdade de Odontologia de Cuiabá – UNIC do Grupo IUNI.

5- Mestre e Especialista em Periodontia. Especialista em Implantodontia.

## Introdução

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que existem fatores sistêmicos que podem aumentar as condições de risco para o desenvolvimento da doença periodontal, agravar a sua progressão ou interferir na resposta ao tratamento periodontal<sup>6</sup>.

As mudanças hormonais também podem alterar diretamente os tecidos periodontais ou mudar a forma como o hospedeiro responde ao acúmulo dos fatores locais, como a placa bacteriana e o cálculo. Além disso, a presença de certas condições hormonais pode requerer alterações no tratamento odontológico<sup>4</sup>.

Condições sistêmicas como Diabetes, Endocardite Infecciosa, Aterosclerose, Insuficiência Renal, Síndrome de Down, Leucemia, Stresse e Depressão, Doença HIV, Gravidez, Tabagismo e Álcool têm sido relatados como fatores de risco para doença periodontal<sup>5</sup>.

Fator de risco é um fator ambiental, comportamental ou biológico, que quando presente aumenta a probabilidade de ocorrência da doença, e se ausente ou removido, diminui a probabilidade. A doença periodontal e a alteração sistêmica podem ocorrer juntas sem necessariamente indicarem uma relação de causa/efeito<sup>2</sup>.

## •Revisão da Literatura e Discussão

### • Diabetes Mielito

A característica principal do Diabetes é o aumento nos níveis de glicose do sangue (hiperglicemia), que resulta tanto de um defeito na secreção de insulina pelo pâncreas, mudanças na ação de insulina ou ambos. O Diabetes Mielito é geralmente relacionado a uma doença debilitante que afeta profundamente uma variedade de sistemas hospedeiros<sup>7</sup>.

As condições bucais geralmente associadas ao Diabetes incluem ardência bucal, paladar alterado (neuropatia), cicatrização alterada da ferida, candidíase, alta incidência de infecção, xerostomia associada aos efeitos de medicação, periodontia destrutiva progressiva, gengivite, retinopatia, e nefropatia.

A destruição periodontal significativa não se desenvolve em alguns pacientes com diabetes controlado de forma adequada, assim como as complicações clássicas não se desenvolvem em alguns pacientes. A presença de Diabetes aumenta o risco de doença periodontal, além disso, à medida que o controle glicêmico piora, aumentam os efeitos adversos do diabetes no periodonto<sup>7</sup>.

Pacientes com Diabetes controlado inadequado ou previamente não diagnosticado podem ter abscessos periodontais múltiplos, tecido exofítico estendendo-se a partir da bolsa periodontal, dentes com mobilidade ou deslocados, e perda óssea severa. Todo cuidado dental de rotina deve ser adiado até que o estado diabético seja determinado e efetivamente controlado.

O controle diabético direcionado frequentemente resulta na melhoria da saúde oral e produz uma avaliação mais apurada da necessidade atual do tratamento<sup>2</sup>.

## • Gravidez

O estudo pioneiro de Løe e Silness<sup>2</sup> (1963) descreve um dos índices clínicos mais comumente usados na pesquisa odontológica, o índice gengival e descreve pela primeira vez a condição definida como “gengivite gravídica”. Esse estudo mostra que a gengivite aumenta progressivamente durante a gravidez, independentemente do acúmulo de placa bacteriana e retorna aos níveis normais no pós-parto. Isso sugere que a resposta gengival inflamatória durante a gravidez segue o ciclo hormonal.

Todavia, a severidade da gengivite durante a gravidez, na ausência de bolsa e perda de inserção, é algo limitante e reversível quando o equilíbrio hormonal é atingido. Entretanto, o sangramento à sondagem e o fluido do sulco gengival são altos durante a gravidez. Assim, tratamento e monitoramento periodontais totais são absolutamente importantes para todas as pacientes durante a gravidez em especial se exibem à gengivite gravídica<sup>6</sup>.

Relatos recentes sobre a doença periodontal ser um fator de risco importante para o parto prematuro e baixo peso do recém nascido enfatizam a importância e relevância do tratamento bucal e periodontal como componente essencial dos cuidados pré-natais<sup>4</sup>.

## • Síndrome de Down

A Síndrome de Down é uma das causas mais comuns de retardo mental nas crianças. As doenças periodontais são praticamente universais nessa desordem. Na dentição decídua, a gengivite está quase sempre presente e em geral severa. À medida que o paciente atinge a puberdade a periodontite é um achado comum.

Os níveis de placa são mais altos na população com Síndrome de Down, ainda que o grau de destruição periodontal exceda e muito o esperado<sup>6</sup>.

Os fatores endógenos podem estar envolvidos na patogênese da periodontite na Síndrome de Down. A evidência sugere uma faixa de defeitos qualitativos nos neutrófilos em pacientes com Síndrome de Down, o que pode ajudar a explicar a prevalência e a severidade das doenças periodontais desses indivíduos<sup>5</sup>.

## • Leucemia

A Leucemia é uma desordem neoplásica dos tecidos formadores do sangue, afetando primariamente os leucócitos.

O resultado clínico é a anemia, com fraqueza, fadiga, palidez da pele e das mucosas, trombocitopenia com tendências a sangramento associado, leucopenias, resultando em suscetibilidade aumentada à infecção. As leucemias são classificadas com relação ao tipo celular predominante afetado, sendo linfocítico ou melanocítico<sup>2</sup>.

O envolvimento bucal é comum na leucemia e pode representar o primeiro sinal da doença. As petéquias bucais e o sangramento, ulceração da mucosa e o aumento gengival são sinais mais comuns. A infecção periodontal aguda, dor, faringite e linfadenopatia também podem estar presentes.

O aumento gengival pode ser localizado ou generalizado e representa uma infiltração das células leucêmicas na gengiva, e menos freqüente no osso. A gengiva aumentada tende a ser relativamente firme em textura e mais proeminente nas regiões interdentais. Os tecidos marginais podem estar vermelho-azulados ou cianóticos. O aumento gengival cria

estimulando a resposta imune que exacerba posteriormente o edema.

O sangramento gengival também é comum, e pode ser o indicador precoce da leucemia. As úlceras da mucosa bucal são um achado freqüente dos pacientes com leucemia<sup>2</sup>.

O tratamento da Leucemia pode incluir quimioterapia, tratamento com radiação e BMT (Transplante de Medula Óssea), cada um tem potencial de produzir uma grande variedade de complicações bucais, como mucosite, xerostomia, infecção secundária com vários agentes fúngicos, bacterianos e virais. A candidíase é vista quase universalmente em pacientes hospitalizados com Leucemia submetidos à quimioterapia<sup>4</sup>.

Durante a fase aguda da doença, apenas os procedimentos que são necessários para aliviar o desconforto e a hemorragia devem ser realizados. Por outro lado, durante um período de remissão, todos os esforços devem ser feitos para obter um estado de saúde periodontal. O tratamento deve ser conservador, consistindo de remoção dos irritantes locais e instrução de boas técnicas de controle de placa<sup>2</sup>.

#### • Endocardite Infeciosa

Os microorganismos residentes no sangue podem se alojar nas válvulas cardíacas danificadas ou no endocárdio perivalvular induzindo uma Endocardite Infeciosa potencialmente fatal. Indivíduos com válvulas cardíacas protéticas têm maior risco caso isto ocorra, devido a potencial perda da válvula artificial<sup>2</sup>.

Os procedimentos invasivos que envolvem a manipulação dos tecidos moles bucais e o sangramento podem induzir bacteremias transitórias e teoricamente aumentar o

potencial de desenvolvimento de uma endocardite infecciosa. Estes procedimentos invasivos incluem sondagem, raspagem e alisamento radicular, tratamento cirúrgico, e administração de anestésicos locais intraligamentais.

As bacteremias transientes também ocorrem em conjunto com as atividades diárias como os movimentos intestinais, escovação dentária e mastigação. Isso tem levado alguns indivíduos a questionar a necessidade de cobertura antibiótica profilática para os procedimentos odontológicos<sup>3</sup>.

De acordo com Associação Americana de Cardiologia (AAC), qualquer procedimento periodontal ou odontológico com probabilidade de induzir sangramento significativo deve ser precedido de antibiótico profilático nos pacientes com risco de Endocardite Infecciosa. Se várias consultas são necessárias um intervalo de 9 a 14 dias entre as consultas é recomendado para reduzir o risco de resistência antibiótica. Os procedimentos odontológicos de baixo risco geralmente não requerem cobertura antibiótica, mais se um sangramento imprevisto ocorrer durante o tratamento, à administração de antibióticos em horas pode oferecer algum benefício protetor<sup>3</sup>.

As Tetraciclina são prescritas no tratamento de alguns tipos de periodontites, mais são contra-indicadas para uso profilático na prevenção da Endocardite Infecciosa. Talvez outro regime antibiótico mais apropriado seja adicionar Metronidazol à Amoxicilina recomendada pela AAC. Esse regime deve oferecer proteção profilática para a endocardite infecciosa e ainda ser efetivo também contra os patógenos periodontais<sup>2</sup>.

Pacientes com válvulas cardíacas protéticas requerem certas considerações especiais. Idealmente, todo foco de infecção

bucal potencial deve ser eliminado antes da colocação das próteses cardíacas. Infelizmente nem sempre isso é possível devido a sérias condições cardíacas antes da colocação cirúrgica das mesmas. O tratamento periodontal ou dentário de rotina não é recomendado por 6 meses, após a colocação das próteses, e a saúde periodontal é essencial por toda a vida do paciente<sup>3</sup>.

### • Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

O HIV é um vírus que possui a capacidade de invadir células do organismo, porém com maior eficiência os linfócitos CD4, responsáveis pela coordenação das respostas imunológicas, tornando o indivíduo susceptível a infecções por inúmeros microorganismos.

O comprometimento do sistema imune em indivíduos infectados pelo vírus (HIV) faz com que aumente o risco de infecções oportunistas, doenças neoplásicas e imunológicas. Muitas dessas condições têm sido identificadas como sinais e sintomas da infecção pelo HIV sendo que algumas delas estão relacionadas com a severidade da imunossupressão e podem representar a progressão para a fase terminal da infecção pelo HIV<sup>1</sup>.

As manifestações orais mais comuns nos pacientes soros positivos são: infecções de origens fúngicas como a candidíase; infecções bacterianas: GUNA, gengivite e periodontite; infecções virais: herpes simples, varicella zoster, papiloma vírus, leucoplasia pilosa; manifestações de origem desconhecida: estomatite aftosa recorrente; doenças neoplásicas: Sarcoma de Kaposi<sup>4</sup>.

A candidíase é uma infecção fúngica causada pela cândida albicans. O desenvolvi-

mento da candidíase bucal ocorre em 20 a 90% dos indivíduos com infecção pelo HIV em algum estágio da doença, aumentando a sua prevalência com o evoluir da mesma, portanto constitui um sinal clínico importante de diagnóstico bem como indicador da evolução da doença.

O sarcoma de Kaposi é a doença maligna mais freqüentemente encontrada em paciente soros positivo e tem uma forte predileção pela região de cabeça e pescoço com envolvimento da cavidade bucal<sup>5</sup>.

O tratamento dos pacientes com HIV/AIDS deve levar em consideração todo o arsenal terapêutico disponível, mas também o conjunto de cuidados como a profilaxia das doenças oportunistas, o apoio psicológico e social, os cuidados com o paciente terminal, a atenção e orientação aos toxicômanos e programas para reduzir e evitar práticas de risco à infecção pelo HIV<sup>1</sup>.

### • Insuficiência Renal Crônica, Diálise e Transplante.

Os pacientes com Insuficiência Renal Crônica, os paciente submetidos à Diálise, os pacientes com Transplantes Renais bem sucedidos necessitam de estratégia especial no tratamento dentário, por causa do seu estado clínico complicado<sup>5</sup>.

No tratamento dentário destes pacientes deve-se ter em mente a possível existência de problemas com a hemostasia, causados pelas anormalidades da função das plaquetas<sup>6</sup>.

Alguns medicamentos são contraindicados como a Aspirina, a Tetraciclina e os Agentes Antiinflamatórios Não-Esteroidais, estes podem alterar a função plaquetária e o tempo de sangramento prolongado, podem ser

agravados. As doses de medicamentos excretados pelo rim, ou que não são nefrotóxicos, devem ser ajustadas a fim de evitar intoxicação<sup>2</sup>.

Existem duas formas principais de Diálise, a Hemodiálise que envolve o uso de um aparelho para remover os resíduos do sangue, e a Diálise Peritoneal.

Os pacientes com Insuficiência Renal, e os submetidos à Diálise e a Transplante antes de serem submetidos ao tratamento dentário deve ser feito uma avaliação médica nos últimos três meses, a fim de informar sobre a suficiência do controle metabólico<sup>4</sup>.

Várias alterações bucais têm sido associadas à Insuficiência Renal. Os pacientes podem queixar-se de gosto ruim e halitose que, provavelmente, resultam da uréia na saliva. Também podem estar presentes inflamação e aumento da parótida<sup>2</sup>.

A diminuição da função das plaquetas pode resultar em hemorragia mucosa e gengival. Tem sido relatado também o aumento da frequência da Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda e da Periodontite<sup>4</sup>.

Ulcerações denominadas de “Estomatite Urêmica” podem aparecer em qualquer ponto da mucosa, sendo mais freqüente em assoalho da boca, face ventral da língua e as superfícies mucosas da região anterior. As ulcerações podem variar de tamanho, mas são inespecíficas e podem representar simplesmente a manifestação da capacidade de cicatrização reduzida da mucosa bucal nos pacientes com uremia<sup>6</sup>.

#### • Estresse e Depressão

O Estresse físico e mental são conheci-

dos por alterar a resposta imune e podem aumentar a suscetibilidade à infecção periodontal. A Doença Periodontal mais comumente estudada em relação ao Estresse é a Gengivite Ulcerativa Necrosante Aguda<sup>5</sup>.

Formas rapidamente progressiva de periodontite tem sido associadas a uma depressão aumentada e sentimento de solidão, comparadas com a periodontite crônica ou com a saúde periodontal<sup>2</sup>.

O Estresse parece ter efeitos potencialmente adversos, que vão além daquilo que pode ser explicado, simplesmente por mudanças associadas aos fatores comportamentais<sup>4</sup>.

#### • O Efeito do Tabagismo e do Alcoolismo

A evidência substancial suporta o conceito de que o tabagismo tem um efeito negativo profundo na severidade, prevalência, incidência, na progressão e nos resultados menos favoráveis no tratamento, a curto ou a longo prazo, da doença periodontal<sup>4</sup>.

O consumo de álcool está relacionado à perda de inserção clínica e do sangramento gengival, independentemente dos efeitos confundentes da placa e dos microorganismos periodontais<sup>2</sup>.

A saúde periodontal e os prognósticos do tratamento periodontal melhoram substancialmente quando os pacientes desistem de fumar e reduzem o consumo de álcool<sup>6</sup>.

## Conclusão

Algumas doenças podem se originar ou se agravarem a partir de um estado de "descuido" da cavidade oral, seja por doença das gengivas (periodontal), por doença do periápice

radicular (ponta da raiz dental) ou do plexo vâsculo-nervoso (nervo, polpa dental), sendo que, em algumas doenças, o acúmulo destes fatores, pode até levar o paciente à morte.

Atualmente, a medicina e a odontologia estão cada vez mais atentas aos pacientes portadores de determinadas doenças que em outras épocas, eram problemas essencialmente dos médicos<sup>3</sup>.

A literatura especializada recomenda que o cirurgião dentista administre antibióticos nos procedimentos odontológicos necessários a certas doenças sistêmicas. Isto deve ser avaliado pela interação do cirurgião dentista com o médico assistente do paciente<sup>5</sup>.

A interação das condições de saúde bucal com a saúde sistêmica amplia a importância da atuação da Odontologia para o bem-estar geral e qualidade de vida do paciente<sup>3</sup>.

## Referências

- 1- Discacciati JAC. "AIDS e controle de infecção cruzada na prática odontológica": percepção e atitudes dos pacientes. Rev. Odontol. Univ. São Paulo, v 13, n 1, p75-82, jan/mar.
- 2- Jan L. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 3. ed.
- 3- Nóbrega FJO, et al. Doença Periodontal como fator de risco para o desenvolvimento de alterações cardiovasculares. Rev. Brasileira de Patologia Oral. V.3 n.1, p. 41-47, 2004.
- 4- Rose LÊ, Genco RT, Mealey BL, Cohen DW. Medicina Periodontal. 1. ed. São Paulo: Santos. 2002.
- 5- Silva SR. Medicina Periodontal: A arte da integração. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. v. 58, n. 1, p. 7-17, 2004.
- 6- Thomas GW, Kenneth SK. Fundamentos da Periodontia. 1996
- 7- Wehba C. Inter-relação entre diabetes mellito e doença periodontal. In: DIB, L. L., SADDY, M. S. Atualização Clínica em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, p. 610-616, 2006.

## Endereço para Correspondência

Cibele Cristina Moraes Sempio  
Avenida dos Trabalhadores, 3590  
CEP 78035-700, Cuiabá – MT.  
Telefone: (65) 3653-3656  
E-mail: ci\_sempio@hotmail.comz