Manejo Periodontal em paciente com condições sistêmicas: uma abordagem integrada com reabilitação provisória.

Autor(res)

Fernanda Castelo Branco Santos Bettero
Maria Paula Oliveira
Loren Oliveira Santos

Categoria do Trabalho

Trabalho Acadêmico

Instituição

FACULDADE ANHANGUERA

Introdução

A doença periodontal é uma inflamação crônica multifatorial que acomete os tecidos de suporte dentário, sendo considerada um importante problema de saúde bucal. Sua progressão pode ser agravada por condições sistêmicas, como o diabetes mellitus descompensado e a hipertensão arterial sistêmica, que estão associados a respostas inflamatórias exacerbadas, comprometimento na cicatrização e maior risco de complicações.
Segundo a classificação de 2018, esses fatores sistêmicos são reconhecidos como modificadores críticos da evolução da periodontite, demandando abordagens terapêuticas individualizadas. Nesse contexto, a integração entre acompanhamento médico e manejo odontológico é indispensável para estabilizar o quadro clínico, promover a saúde periodontal e garantir melhor prognóstico. Além disso, em situações de perdas dentárias decorrentes da severidade da doença, a reabilitação provisória imediata desempenha papel fundamental na restauração funcional e estética, contribuindo para a adesão do paciente ao tratamento e para a manutenção dos resultados alcançados.

Objetivo

Relatar o manejo periodontal de um paciente portador de diabetes mellitus fora da meta glicêmica e hipertensão arterial sistêmica, destacando a importância da integração entre controle médico, intervenção periodontal cirúrgica e reabilitação provisória imediata.

Material e Métodos

Paciente do sexo masculino, 61 anos, leucoderma, procurou atendimento odontológico no consultório, com queixa principal de mobilidade dentária e sangramento gengival espontâneo. Foram realizados anamnese, exame clínico periodontal completo, exames radiográficos (panorâmico e periapicais) e laboratoriais (hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada e perfil vitamínico). O prontuário médico evidenciou histórico de diabetes mellitus não controlado (glicemia em jejum de 358 mg/dL; HbA1c elevada) e hipertensão arterial sistêmica (PA: 172×106 mmHg).
O exame periodontal revelou bolsas periodontais superiores a 3 mm, recessões gengivais e mobilidade grau III em dentes anteriores superiores. De acordo com a Classificação Periodontal de 2018 (Tonetti, Greenwell & Kornman, 2018)[1], o diagnóstico estabelecido foi de periodontite localizada, estágio IV, grau C, devido à perda severa de

inserção clínica, ao comprometimento funcional e à progressão acelerada da doença. O protocolo incluiu cirurgia de debridamento coronorradicular em toda a cavidade bucal, com remoção de cálculo subgengival e descontaminação das superfícies radiculares. Em seguida, foram realizadas exodontias dos elementos 11, 12, 21 e 22, em virtude da mobilidade acentuada, da perda óssea e do prognóstico desfavorável. Para reabilitação imediata, foi confeccionada e instalada prótese parcial provisória superior, devolvendo estética, função mastigatória e fonética. O acompanhamento ocorreu com a reavaliação em 45 dias. Nessa etapa, observou-se ausência de sangramento à sondagem, melhora da resposta inflamatória, redução da profundidade periodontal e adaptação adequada da prótese provisória. Os exames laboratoriais mostraram melhora parcial do controle glicêmico. Conforme o diagrama periodontal de Lang & Tonetti (2015; revisado em 2018), o paciente foi classificado como de alto risco, porém clinicamente estável, devido ao histórico sistêmico associado, mas ausência de sinais de inflamação ativa na reavaliação

Resultados e Discussão

O sucesso do manejo periodontal em pacientes com comorbidades sistêmicas está diretamente associado à integração entre controle médico e intervenção odontológica. A Classificação de 2018 reconhece que condições sistêmicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial, modificam significativamente a progressão da periodontite, sendo consideradas fatores de risco que impactam tanto a gravidade quanto a taxa de progressão da doença (Tonetti, Greenwell & Kornman, 2018; Papapanou et al., 2018). O diabetes mellitus mal controlado compromete a resposta imunoinflamatória e a cicatrização tecidual, acelerando a destruição periodontal. Além disso, a relação é bidirecional: a inflamação periodontal crônica pode aumentar marcadores sistêmicos, como resistência insulínica, dificultando o controle glicêmico e perpetuando o ciclo inflamatório (Sanz et al., 2018).

A hipertensão arterial sistêmica também exerce impacto na resposta tecidual e está associada a maior severidade da doença periodontal, possivelmente pelo estresse oxidativo e pela disfunção endotelial, que afetam o metabolismo ósseo e o reparo periodontal (Linden & Herzberg, 2013; Sanz et al., 2020).

Nesse contexto, o planejamento terapêutico deve ser individualizado, contemplando a remoção dos fatores etiológicos locais, a realização de exodontias seletivas em dentes com prognóstico desfavorável e a adoção de estratégias de reabilitação provisória que restabeleçam função mastigatória, estética e favoreçam a adesão do paciente ao tratamento. A nova classificação de 2018 destaca que a manutenção contínua, por meio da terapia de suporte periodontal, é indispensável para prevenir recidivas e garantir a estabilidade clínica a longo prazo, sobretudo em pacientes com fatores sistêmicos modificadores da doença (Sanz et al., 2020; Tonetti, Greenwell & Kornman, 2018).

Assim, a conduta multidisciplinar, envolvendo monitoramento médico, abordagem periodontal cirúrgica e reabilitação protética provisória, alinha-se às recomendações atuais e reforça a necessidade de integração entre saúde geral e saúde bucal para a obtenção de resultados duradouros.

Conclusão

O sucesso no tratamento periodontal de pacientes sistêmicos depende da integração entre controle médico e manejo odontológico. A terapia cirúrgica, exodontia seletiva e reabilitação provisória foram eficazes na estabilização. A manutenção contínua é essencial para garantir resultados a longo prazo.

Referências

Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. J Clin Periodontol. 2018;45(Suppl 20):S149-S161. doi:10.1111/jcpe.12945

2. Chapple ILC, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol. 2013;84(4 Suppl):S106-S112. doi:10.1902/jop.2013.1340011

3. Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F, et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2018;137:231-241. doi:10.1016/j.diabres.2017.12.001

4. Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. J Clin Periodontol. 2017;44(5):456-462. doi:10.1111/jcpe.12732

5. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: A two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21-31. doi:10.1007/s00125-011-2342-y

6. Linden GJ, Herzberg MC; Working group 4 of joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and systemic diseases: Probing the link and the value of periodontal treatment. J Clin Periodontol. 2013;40 Suppl 14:S19-S29. doi:10.1111/jcpe.12056

7. Sanz M, Marco Del Castillo A, Jepsen S, Gonzalez-Juanatey JR, D'Aiuto F, Bouchard P, et al. Periodontitis and cardiovascular diseases: Consensus report. J Clin Periodontol. 2020;47(3):268-288. doi:10.1111/jcpe.13189

8. Lang NP, Tonetti MS. Periodontal risk assessment (PRA) for patients in supportive periodontal therapy (SPT). Oral Health Prev Dent. 2003;1(1):7–16.