

Interrelação das doença bucais e sistêmicas: o papel do Cirurgião Dentista no diagnóstico e no tratamento



*Seção “Pontos de Vista”,
realizado no dia 05/05/2012,
como evento integrante da Pré
JAOC – Pré Jornada
Acadêmica de Odontologia da
Católica*

*Da esquerda para a direita:
Prof. Ms. Eduardo, Dr. Jacy,
Prof. Ms. Eric, Profª. Drª. Ana
Carolina e Prof. Dr. Mário
Taba*

A seção “Pontos de Vista” desse volume traz a transcrição da discussão realizada na Universidade Católica de Brasília – UCB, no dia 05 de maio de 2012, durante a Pré-Jornada Acadêmica de Odontologia da Católica – Pré-JAOC, cujo tema foi “Interrelação das doença bucais e sistêmicas: o papel do Cirurgião Dentista no diagnóstico e no tratamento”. Para participar da mesa redonda foram convidados os professores, **Prof. Dr. Mário Taba Junior** (Periodontia - FORP-USP) e **Profª. Drª. Ana Carolina Fragozo Motta** (Assistente e Pesquisadora – FORP-USP), que ministraram, previamente, cursos de curta duração. Além dos professores externos, os professores **Prof. Ms. Eric Jacomino Franco** (Presidente da Mesa) e **Prof. Ms. Eduardo Augusto Rosa**, do Curso de Odontologia da UCB, além do **Dr. Jacy Ribeiro de Carvalho Jr**, representando o CRO-DF, fizeram-se presentes na constituição da mesa redonda. A discussão ocorreu provocada por perguntas realizadas pelos membros da mesa aos professores convidados externos, além de perguntas vindas da plateia.

Mesa Redonda

Prof. Eric. iniciou os trabalhos da mesa, perguntando ao Prof. Dr. Mário Taba: “Quanto aos testes salivares, qual o nível de sensibilidade desses testes e a comparação com os níveis sanguíneos?”

Prof. Mário. “Essa pergunta sobre a relação dos testes salivares com outros testes é interessante porque sabemos que o fluido gengival ou a própria saliva têm derivações. Existe uma correlação biologicamente esperada, no entanto, os métodos de análise são muito diferentes. Cada fluido que você analisa: sangue, urina, fluido gengival e saliva, possuem protocolos de análise diferentes. Até biópsia, nós

temos feito para comparar os níveis moleculares no tecido, no sangue, na saliva e no fluido. Particularmente, nosso grupo de pesquisa ainda não conseguiu padronizar as moléculas para esta correlação direta. Apesar disso, biologicamente, essa correlação existe, e ela é esperada, porém existem diferenças de protocolos de análises.”

Dr. Jacy. Pergunta aos membros da mesa: “Com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos, principalmente para a detecção de lesões de tecido mole e ósseo, como os senhores observam a introdução desses métodos ao dia a dia do Cirurgião Dentista que tem encontrado cada vez mais dificuldades em realizar uma consulta inicial voltada ao diagnóstico do problema de saúde bucal do paciente, uma vez que, a classe tem

imposta, a si mesma, a necessidade de utilizar a consulta inicial como uma consulta quase que exclusiva de apresentação imediata de um plano de tratamento, suprimindo a importância da investigação diagnóstica para estruturas que não sejam dentes e tecido gengival?”

Profª. Ana Carolina. “Como estomatologista, eu vivencio exatamente essa dificuldade. Eu percebo que comercialmente, a especialidade de estomatologia encontra dificuldades para o seu exercício. A especialidade encontra-se muito mais inserida no ambiente acadêmico do que no mercado. Por exemplo, quando o profissional recebe um paciente em seu consultório, que trás consigo a presença de patologias de tecido mole ou exames que apontam para patologias ósseas de maior complexidade, o profissional logo pensa em encaminhá-lo para uma clínica universitária de referência, ou seja, para um serviço de nível terciário. Não existe realmente, no mercado, uma tradição de clínicas de estomatologia. Talvez porque o paciente não entenda que ele precisa pagar uma consulta para obter o diagnóstico da patologia. O paciente busca e valoriza os procedimentos clínicos curativos. Ou seja, essa dificuldade é real. Mas, a primeira coisa, é o conhecimento e a importância do diagnóstico para o objetivo final, que é o tratamento. Se esse diagnóstico não for feito, o tratamento será inadequado. E, mais pra frente, pensando de uma forma estratégica, o caminho será tortuoso e não haverá benefícios. Pelo contrário, prejuízos tanto para o profissional, quanto para o paciente. Assim, torna-se importante a divulgação, a conscientização de toda a equipe que trabalha nessa área, tentando motivar o paciente; fazendo com que ele entenda que ele precisa pagar a consulta para o estomatologista porque isso é um serviço prestado e faz parte do processo que resultará na elaboração do plano de tratamento. Gosto de comparar essa relação do estomatologista com seu paciente, com a relação do periodontista com o paciente. O paciente com risco à doença periodontal vai à consulta de manutenção no periodontista, para realizar a terapia periodontal de suporte, e um acordo existe nessa relação: você, lá fora, precisa continuar fazendo uma adequada higienização bucal, e eu, o periodontista, darei todo o suporte em consultório para mantermos a doença sob controle. Assim deve ser a postura do estomatologista: você, lá fora, precisa continuar fazendo uma adequada higienização bucal, além de observar quaisquer alterações na cavidade bucal, seja sinais ou sintomas, e eu, o estomatologista, solicitarei exames diagnósticos e inspecionarei a sua cavidade bucal para aumentarmos as chances de um conseguirmos um diagnóstico precoce de lesões. O profissional precisa instruir o paciente sobre a importância das visitas regulares ao consultório odontológico, além de motivá-lo a retornar às consultas agendadas. Sei que isso não é fácil, mas deve ser uma meta do profissional, conseguir trazer o seu paciente, visitando-o regularmente, independente de ter ou não um tratamento a ser executado; mas, de implantar na cultura do paciente que as visitas regulares geralmente saem mais baratas ao final, porém que isso tem um custo. No caso do estomatologista, outro aspecto importantíssimo é a

interação com outros profissionais da área de saúde, principalmente da área médica, como o dermatologista, o hematologista, o infectologista e o oncologista. Essa interação multiprofissional favorece a criação de uma rede de indicações, que sedimenta a sua inserção e manutenção no mercado, e, portanto, ela deve ser de minha responsabilidade; deve estar incluído na minha estratégia de negócio, de marketing etc. Assim, eu tenho que mostrar, para os demais colegas de áreas afins, o meu serviço. Então, não basta o conhecimento, temos que desenvolver habilidades para conscientizar os pacientes e divulgar nosso serviço aos colegas. Da mesma forma, também, os testes salivares precisam ser divulgados. Eles não servem apenas para o diagnóstico de patologias bucais. Os colegas das áreas afins precisam conhecer e nós somos os responsáveis por fazermos essa divulgação. Dessa forma, alguns pontos dependem exclusivamente da nossa própria classe. Somos nós quem devemos vender nossos serviços. Ninguém fará isso por nós.”

Prof. Mário. “Pró-ativamente falando, realmente é a parte de conscientização. Isso é fundamental para que nós possamos evoluir como classe.”

Prof. Eduardo. “É muito comum o paciente se surpreender quando a consulta inicial é cobrada. Para mim, todo Cirurgião Dentista, independente da especialidade, deve cobrar consulta, pois a consulta odontológica não corresponde apenas a um procedimento de inspeção intrabucal. Nela está embutida a anamnese, o exame clínico e análise radiográfica, o diagnóstico e a elaboração do plano de tratamento. Eu tenho o diagnóstico, que é a base de todo o processo, mas uma proposta de tratamento também deverá ser apresentada nessa consulta. Além desses aspectos protocolares, o aspecto do conhecimento técnico-científico do profissional também está incluído. O Cirurgião Dentista, há muito tempo, deixou de ser um técnico, um prático, e passou a integrar uma área da ciência voltada a saúde humana, portanto, a valorização profissional precisa partir de nós.”

Prof. Eduardo. Pergunta aos membros da mesa: “Dentro da sua experiência clínica, quais foram os tipos de lesões mais frequentemente detectadas?”

Profª. Ana Carolina. “A maioria das patologias apresentadas por mim nesse evento, realmente não são casos frequentes. Esses casos geralmente são encaminhados para serviços de nível terciário (hospital de referência ou ambiente universitário). As doenças inflamatórias talvez sejam as mais frequentes, como o líquen plano e as ulcerações aftosas recorrentes. Talvez, essas duas sejam as mais comuns em termos de manifestações bucais de doenças sistêmicas. Com relação às doenças e condições sistêmicas que também tenham repercussão na cavidade bucal, não diretamente, como o diabetes e a hipertensão, também são muito frequentes. Provavelmente, nas próximas horas, se alguém for atender um paciente, esse paciente poderá ser portador de alguma

complicação como essas. Pacientes que fazem uso de várias medicações, podem ser sujeitos a alguma manifestação bucal, por exemplo, algo comum: o paciente com diabetes mellitus, além de todas as considerações que o Prof. Mario Taba colocou em sua apresentação, ele tem a chance de desenvolver candidíase, xerostomia, com isso, ele também passa a ter risco de desenvolver alterações locais. Então, nós precisamos estar preparados para manejar essas situações. São pacientes que podem sofrer efeitos adversos das medicações em uso. Então, essa situação é frequente. É por isso que eu ressaltei, em minha apresentação, que o Dicionário de Especialidade Farmacêutica – DEF deve estar sempre ao nosso lado. Isso porque ninguém consegue decorar todos os efeitos adversos dessa infinidade de medicações que são prescritas. Nós acabamos conhecendo um pouco mais daquelas medicações que são mais frequentemente prescritas. As situações relacionadas a medicamentos são muito frequentes em consultório, desde drogas de uso tópico ou até dentifrícios. Agora, as doenças infecciosas granulomatosas, embora todas as doenças apresentadas na palestra sejam doenças endêmicas, no nosso país, elas não são tão frequentes no consultório particular. Normalmente, elas vão para o ambiente universitário, mas elas acontecem. Por isso, nós precisamos ter o mínimo de conhecimento para identificar algo que fuja do nosso dia a dia, que são as alterações causadas pelo biofilme dentário, pela doença periodontal, cárie etc.”

Prof. Eric. Pergunta da plateia para a Profª. Ana Carolina: “Quais seriam os principais biomarcadores salivares que poderiam auxiliar no diagnóstico de doenças da cavidade bucal, mediados por exemplo por fungos ou por outras doenças sistêmicas?”

Profª. Ana Carolina. “Já existe a quantificação de hormônios em saliva. Agora, quanto às doenças infecciosas, nos EUA, já se faz quantificação de anticorpos contra alguns patógenos na saliva, como HIV, tuberculose, e isso está caminhando para a hanseníase. Por que? Por conta da necessidade de se fazer o diagnóstico rápido em uma grande população e traçar o perfil epidemiológico da doença. E isso é feito por meio da quantificação de anticorpos contra aqueles patógenos.”

Prof. Eric. Pergunta da plateia para o Prof. Mário: “Pode-se monitorar o risco de doença cardiovascular, monitorando mediadores inflamatórios como proteína c-reativa e interleucina-6, por meio de testes salivares ou fluido gengival?”

Prof. Mário. “A pergunta é bem interessante, mas nós temos que tomar um pouco de cuidado. É possível, pois esses marcadores estão na saliva. A questão é validar esses resultados da saliva para a doença de interesse. Hoje em dia, o padrão da proteína c-reativa é por dosagem no sangue. Para mudarmos de plataforma de diagnóstico, precisamos validar a concentração que ela é encontrada (a viabilidade de se dosar ela na saliva). Quanto à

interleucina-6, nós conseguimos correlacionar com parâmetros clínicos do diabetes. Então, nós podemos reproduzir o mesmo experimento pra ver se tem uma correlação com problemas cardiovasculares. O problema relacionado a interleucina-6 é que esta citocina não é específica e por isso nós precisamos tomar cuidado com a escolha de biomarcadores muito inespecíficos. Então, quando a Profa. Ana Carolina falou de anticorpos contra certos microrganismos, é porque aqueles microrganismos são os causadores do problema. No caso da hipertensão, da cardiopatia, ela é uma doença crônica multifatorial. E, pegar um marcador inespecífico e utilizá-lo como um indicador da doença não é tão simples. Porque você tem que eliminar uma série de outras variáveis que estão ali atuando conjuntamente com as doenças. Então, é possível monitorar virtualmente quase qualquer coisa nessa linha, na saliva. O que realmente precisa é validar esses resultados com estudos de acompanhamento, de efetividade de terapia para ver se a terapia reduz esses níveis etc.”

Profª. Ana Carolina. “Pessoal, eu queria pegar um gancho desse comentário do Prof. Mario Taba, que embora, para doenças infecciosas, já se faça essa análise de rotina, ela ainda não é o padrão ouro. É preciso ficar claro que os exames padrão ouro ainda não são por meio da análise da saliva. Existem outros métodos que são considerados padrão ouro para a confirmação de diagnóstico. Possivelmente, com a melhora, com o avanço da tecnologia, o intuito seja que esses exames, por meio de saliva, sejam considerados padrão ouro. Mas muitas vezes, eles mostram uma tendência mas precisa ser confirmada com outros exames específicos.”

Prof. Eric. Nova pergunta da plateia para o Prof. Mário: “O senhor acredita que algum dia nós vamos ter uma espécie de índice ou score que possamos, baseados nos achados moleculares e clínicos, de certa forma, ter um risco calculado individualizado dos nossos pacientes?”

Prof. Mário. “A minha expectativa, otimista ou não, é que sim. Eu acredito que a informação quanto mais precisa, ela traz resultados mais previsíveis. E, acompanhando, na minha vida acadêmica toda, a evolução científica, eu acredito realmente que nós estamos muito próximos de ver uma grande mudança em termos de avaliação de risco. Os testes genéticos estão ficando cada vez mais simples. Você já pode comprar isso pelos Correios e fazer essas análises. Aí, até chegar a um indicador de baixo ou médio risco, eu tenho certeza que as empresas de seguro vão investir muito dinheiro para conseguir isso. Porque essas empresas têm interesse em saber quais os riscos potenciais de uma pessoa: o risco de perder o dente é um deles. Mas, tudo depende de coletar a informação certa. E a minha visão de perspectiva é que isso é uma questão de espaço e de tempo bem curto.”

Prof. Eric. Encerrou os trabalhos da mesa, agradecendo a todos pela participação.



Prof.ª. Dr.ª. Ana Carolina Fragoso Motta



Prof. Dr. Mário Taba Junior

Considerações finais

Essa reunião acadêmica envolveu a participação dos estudantes em número consistente, professores, profissionais e o CRO-DF, fomentando uma rica discussão em torno da interrelação das doenças bucais e sistêmicas, abrindo perspectivas e reflexões sobre o papel do Cirurgião Dentista na valorização do tratamento dessas patologias mas, principalmente, na obtenção do diagnóstico.

Prof. Dr. Jacy Ribeiro de Carvalho Junior
Editor da Seção