

MANEJO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE DIABÉTICO COM DOENÇA RENAL CRÔNICA NA FASE PRÉ-TRANSPLANTE: UM RELATO DE CASO

DENTAL MANAGEMENT IN A DIABETIC PATIENT WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE IN THE PRE-TRANSPLANT PHASE: A CASE REPORT

MANEJO ODONTOLÓGICO EN UN PACIENTE DIABÉTICO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN LA FASE PRETRASPLANTE: INFORME DE UN CASO

Kaellyson Azevedo de Araujo¹, Paulo Ronaldo Sousa Teixeira², Aline Araújo Nascimento³, Ana Célia dos Santos Oliveira⁴, Kênia Suelle da Paz Souza Monteiro⁵, Livia Aguiar Santos Nogueira Lima⁶, Villani Rodrigues Santiago⁷, Elonice Melo de Sousa Gonçalves⁸

DOI: 10.54899/dcs.v22i85.3822

Recibido: 17/11/2025 | Aceptado: 18/11/2025 | Publicación en línea: 02/12/2025.

RESUMO

Este estudo relata o manejo odontológico de uma paciente com diabetes mellitus tipo I, doença renal crônica e periodontite em estágio avançado, na fase pré-transplante. A diabetes mellitus e a doença renal crônica são condições sistêmicas que frequentemente afetam a saúde bucal, aumentando o risco de complicações periodontais ao paciente. Desse modo, o tratamento odontológico pré-transplante é fundamental para reduzir o risco de infecções pós-operatórias e complicações sistêmicas. Este caso destaca a importância de uma abordagem integrada na odontologia, considerando não apenas os aspectos clínicos, mas também as necessidades emocionais e psicossociais dos pacientes. Além disso, destaca-se a relação entre saúde bucal e saúde sistêmica, evidenciando a influência da periodontite na progressão da doença renal crônica e outras condições sistêmicas. A implementação de técnicas de tratamento periodontal na periodontite avançada e sua contribuição para a melhoria da saúde bucal e bem-estar geral do paciente são essenciais para garantir um cuidado abrangente e eficaz.

¹ Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: kaellysonaraujo@ufpi.edu.br

² Doutor em Biotecnologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: paulo_ronaldo@ifpi.edu.br

³ Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: analine295@gmail.com

⁴ Pós-Graduada em Odontopediatria, Associação Brasileira de Cirurgiões Dentistas (ABCD), Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: thdsantos2626@gmail.com

⁵ Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: keniasuelledapazsouza@hotmail.com

⁶ Doutora em Ciências, Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB - USP), Bauru, São Paulo, Brasil.

E-mail: livia-aguiarsantos@hotmail.com

⁷ Graduada em Odontologia, Universidade Federal do Piauí (UFPI), Teresina, Piauí, Brasil.

E-mail: villanisantiago0@gmail.com

⁸ Doutora em Biologia Oral, Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru, São Paulo, Brasil.

E-mail: elonice@ufpi.edu.br

Palavras-chave: Diabetes. Doença Renal. Pré-transplante. Periodontite.

ABSTRACT

This study reports the dental management of a patient with type I diabetes mellitus, chronic kidney disease and advanced periodontitis in the pre-transplant phase. Diabetes mellitus and chronic kidney disease are systemic conditions that often affect oral health, increasing the patient's risk of periodontal complications. Therefore, pre-transplant dental treatment is essential to reduce the risk of postoperative infections and systemic complications. This case highlights the importance of an integrated approach in dentistry, considering not only clinical aspects, but also the emotional and psychosocial needs of patients. Furthermore, the relationship between oral health and systemic health stands out, highlighting the influence of periodontitis on the progression of chronic kidney disease and other systemic conditions. The implementation of periodontal treatment techniques in advanced periodontitis and their contribution to improving the patient's oral health and general well-being are essential to ensure comprehensive and effective care.

Keywords: Diabetes. Kidney Disease. Pre-transplant. Periodontitis.

RESUMEN

Este estudio describe el manejo odontológico de un paciente con diabetes mellitus tipo 1, enfermedad renal crónica y periodontitis avanzada en la fase pretrasplante. La diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica son afecciones sistémicas que frecuentemente repercuten en la salud bucal, aumentando el riesgo de complicaciones periodontales. Por lo tanto, el tratamiento odontológico pretrasplante es fundamental para reducir el riesgo de infecciones postoperatorias y complicaciones sistémicas. Este caso subraya la importancia de un enfoque integral en odontología, que considere no solo los aspectos clínicos, sino también las necesidades emocionales y psicosociales de los pacientes. Además, enfatiza la relación entre la salud bucal y la sistémica, destacando la influencia de la periodontitis en la progresión de la enfermedad renal crónica y otras afecciones sistémicas. La implementación de técnicas de tratamiento periodontal en la periodontitis avanzada y su contribución a la mejora de la salud bucal y el bienestar general del paciente son esenciales para garantizar una atención integral y eficaz.

Palabras clave: Diabetes. Enfermedad renal. Pretrasplante. Periodontitis.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

Os rins são órgãos vitais que desempenham funções cruciais no corpo humano, como a regulação do equilíbrio de fluidos e eletrólitos, a eliminação de resíduos metabólicos e a produção de hormônios essenciais (Baciu; Mesaros; Kacso, 2023). No contexto das doenças sistêmicas

crônicas, a evolução da doença renal crônica (DRC) é caracterizada pelo declínio progressivo e irreversível da filtração renal, frequentemente culminando na necessidade de intervenções como diálise ou transplante renal (Chowdhury; McLure, 2022). Dentre as várias causas da DRC, a diabetes mellitus (DM) se destaca como a principal, afetando não apenas os rins, mas também outros órgãos e impactando negativamente a qualidade de vida e sobrevida dos pacientes (Abib-Abib, 2015).

A diabetes é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Além das complicações sistêmicas, essa condição pode desencadear uma série de problemas de saúde bucal (Yamashita *et al.*, 2013). É estimado que mais de 90% dos pacientes diabéticos tenham manifestações orais, que incluem doença periodontal, perda dentária, xerostomia, cárie, ardência bucal, disfunção do paladar e das glândulas salivares, retardo na cicatrização de feridas, líquen plano, língua geográfica e candidíase (Nazir *et al.*, 2018).

Segundo estudo da Associação Americana de Diabetes (2011), a diabetes demanda atenção médica contínua e um envolvimento persistente do paciente na sua própria gestão, com o objetivo de prevenir complicações agudas e minimizar os riscos de problemas a longo prazo. O tratamento da diabetes é uma tarefa complexa que vai além do controle glicêmico, abrangendo várias áreas de cuidado.

A perda progressiva da função renal está associada a vários problemas, como hipertensão, retenção de resíduos nitrogenados, anemia e disfunção no metabolismo de cálcio-fosfato-vitamina D (Machado *et al.*, 2014). Indivíduos com DRC enfrentam uma série de desafios médicos, especialmente durante a fase pré-transplante, na qual o cuidado odontológico é crucial na preparação. A literatura científica enfatiza a importância do atendimento odontológico para pacientes nessa fase, destacando a necessidade de protocolos específicos que considerem as particularidades dessa população (Abdinian; Mortazavi; Jandaghian, 2019).

A identificação e o controle das alterações bucais antes do transplante são essenciais, haja visto que a incidência de infecções pós-transplante é significativamente menor entre indivíduos submetidos ao tratamento odontológico prévio (Helenius-Hietala *et al.*, 2013). A periodontite, por exemplo, tem sido associada a uma elevada prevalência em indivíduos que necessitam de transplante renal e à gravidade da DRC (Sharma; Sharma; Sharma, 2013).

Reconhecendo a estreita interligação entre a saúde periodontal e geral, busca-se alcançar um controle eficaz dessa condição, visando não apenas a melhoria da saúde local, mas também contribuindo para a saúde global da paciente, preparando-a de maneira ideal para o processo de

transplante.

Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar o manejo odontológico de um caso clínico envolvendo uma paciente com DRC, diabetes tipo I e periodontite em estágio IV na fase pré-transplante, enfocando na restauração da saúde periodontal.

RELATO DE CASO

Paciente gênero feminino, parda, 28 anos, foi levada à clínica Odontológica da Universidade Federal do Piauí — UFPI, por sua mãe, uma vez que a comunicação direta da paciente era limitada e sua condição bucal apresentava-se severamente comprometida. A mãe informou que a paciente era portadora de diabetes e doença renal crônica e estava aguardando a realização de transplante pancreático e renal. Diante da necessidade iminente de um transplante, foi informado pela equipe médica responsável que deveria ser realizado um tratamento odontológico prévio, no intuito de viabilizar o procedimento. Durante a anamnese, ao ser questionada de forma reservada, a mãe compartilhou informações delicadas, revelando que a paciente enfrentou experiências traumáticas de abuso na infância. Esses detalhes ressaltam a complexidade do caso, enfatizando a importância não apenas do tratamento odontológico, mas também de uma abordagem holística que considere o bem-estar emocional da paciente.

Com relação à queixa principal, a mesma concentrou-se no acúmulo significativo de cálculo dentário e sangramento gengival. A mãe relatou ausência de hábitos adequados de higiene bucal, além de ser portadora de outras alterações sistêmicas, como sopro cardíaco, hipertensão e anemia.

Foram fornecidos exames de rotina realizados recentemente, onde foram confirmadas as alterações de saúde mencionadas no exame inicial, dentre eles o de Hemoglobina Glicada, que mostrou um resultado de 13,5 %. Comprovando a condição diabética e dificuldade de controle glicêmico. Além disso, por meio do Exame de Hemograma completo foi observado a presença de 10% de Eosinófilos na relação $\times 10^{10}/\text{mm}^3$ (Relativo). Mostrando assim, a possível presença de um quadro infeccioso. No exame clínico, confirmou-se a presença de cálculo dentário em demasia, gengiva com características de inflamação difusa, mobilidade acentuada, sangramento ao toque, exposição radicular em diversos dentes e lacerações gengivais (Figura 1). Além disso, a complexidade do caso é acentuada pela polifarmácia da paciente, que inclui Levotiroxina 50 mg, insulina (Lantus 100U/ml e Novorapid 100U/ml), Atorvastatina

40mg, Besilato de Levanlodipino 5mg e Ferronil 40mg. A presença de patologias sistêmicas adiciona cuidados e considerações ao manejo odontológico, exigindo precauções especiais durante os procedimentos para minimizar riscos.

Durante o exame periodontal, observou-se a presença de sangramento em todos os sítios, índice de placa elevado, profundidade de sondagem variando entre 3 e 6 mm, mobilidade graus 1 e 2, além de recessão gengival (Figura 2). Após o exame periodontal, pelas características clínicas e radiográficas observadas, o caso foi diagnosticado como periodontite em estágio IV, grau C (Caton; Armitage; Berglundh, 2018).

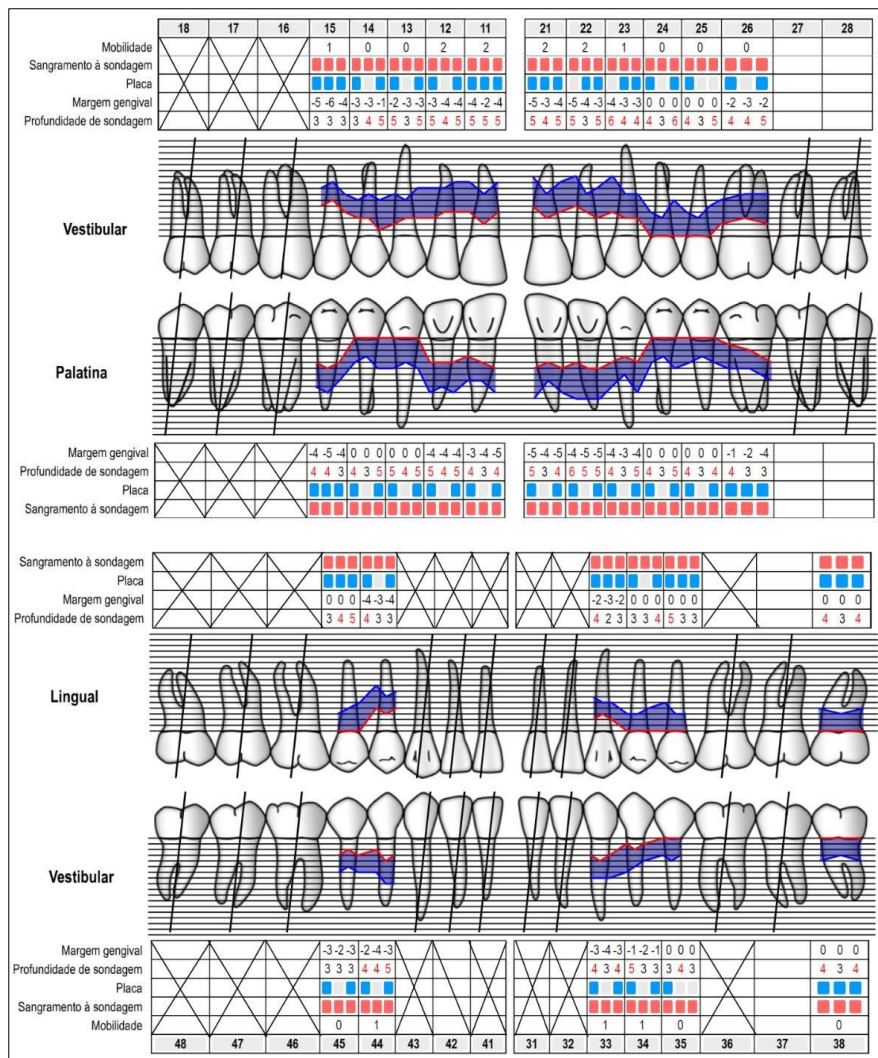
Figura 1

Aspecto clínico inicial



Figura 2

Exame Periodontal considerando profundidade de sondagem, recessão gengival, placa, sangramento à sondagem e mobilidade.



Como a paciente chegou com um quadro de diabetes descompensada (hemoglobina glicada de 13,5 e glicemia de 359), a estratégia terapêutica inicial consistiu na implementação de um procedimento minimamente invasivo, com a raspagem supragengival em boca toda, sendo realizada com ultrassom e em sessão única, para otimizar a remoção dos cálculos e proporcionar uma melhora imediata da condição (figuras 3 e 4). Antes desse atendimento, embora ainda não exista um consenso, foi prescrito profilaxia antibiótica, para evitar risco de complicações (amoxicilina 2 g 1 hora antes), objetivando uma abordagem holística no tratamento da paciente.

Figura 3

Hemoglobina glicada – exame inicial

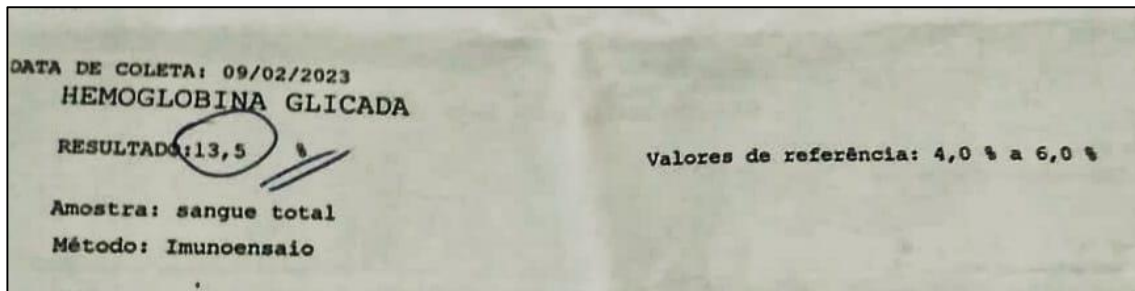


Figura 4

Aspecto clínico imediatamente após raspagem supragengival.



A elaboração do plano de tratamento periodontal foi dividida em três etapas, sendo a primeira a terapia periodontal básica, a seguinte a terapia cirúrgica e a última a terapia periodontal de suporte. A primeira consulta da paciente ocorreu na última clínica do período letivo. E com o retorno das clínicas, iria-se continuar o tratamento proposto.

Porém, a paciente retornou com ausência dos elementos 17,16, 26, 27 e 46, os quais apresentavam grau de mobilidade em níveis 2 e 3 e com inserção óssea incompatível com sua manutenção (Figura 5). Como a paciente também estava sendo acompanhada por uma equipe médica e odontológica em Fortaleza, as exodontias foram realizadas no Hospital municipal de Fortaleza, onde serão feitos os transplantes, não sendo possível identificar a metodologia usada pelo cirurgião- dentista responsável.

Figura 5

Radiografia panorâmica inicial.



Dando continuidade ao tratamento, iniciou-se a raspagem supra gengival do primeiro e segundo quadrante, com uso de ultrassom. Na sessão posterior, foi concluído a raspagem do terceiro e quarto quadrante. Apesar de ser obtido redução do acúmulo de biofilme, cálculo e consequentemente, melhora da inflamação gengival, a paciente sempre retornava com presença de irritantes locais (biofilme e cálculo) recém-formados. (Figura 6).

Figura 6

Aspecto após o retorno



Após a realização dos procedimentos supracitados, a paciente retornou a clínica após 3 meses. O prazo ideal de reavaliação de 45 dias não foi seguido, por indisponibilidade de tempo da mesma. E ao ser reavaliada, apresentou recorrência significativa de cálculos dentários, atribuível provavelmente à inadequada higienização bucal, mas também sabendo que pode ter uma relação direta com secreção salivar diminuída, comum em pacientes renais. O fato é que

sempre retornava com formação excessiva de depósitos minerais, biofilme e inflamação gengival. Além disso, aumento na mobilidade dentária registrada anteriormente nos elementos 31, 41, 42 e 43. (Figura7)

Figura 7

Cálculo supragengival em elementos anteriores inferiores. A: superfície estibular; B: superfície lingual.



Levando em consideração a dificuldade de controle periodontal da paciente, foi necessário retomar à fase de terapia básica, por meio da raspagem supra gengival, em todos os quadrantes, com atenção voltada para os elementos anteriores, por ser a região mais afetada. Ao fim da sessão, obtivemos uma melhora significativa. Porém, os elementos 31, 41, 42 e 43, pelo grau de mobilidade presente (grau 2), perda considerável de inserção óssea e exposição radicular, a permanência dos mesmos não era possível. Desse modo, optou-se pela exodontia desses elementos, na sessão seguinte.

No planejamento cirúrgico das exodontias, foi prescrito a paciente a realização de profilaxia antibiótica, com amoxicilina 500 mg, 4 comprimidos 1 hora antes do procedimento. No manejo cirúrgico, foi realizada anestesia infiltrativa na região adjacente aos elementos, luxação e exodontia com fórceps 151, sendo o anestésico de escolha cloridato de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (usado apenas um tubete). Ao fim, foi realizado sutura com pontos simples (Figura 8). Por fim, foram dadas orientações pós cirúrgicas e realizada a prescrição analgésica, Ibuprofeno 500 mg, em intervalos de 8 horas, por no máximo 3 dias.

Figura 8

Aspecto cirúrgico final, sutura com pontos simples.



Após dez dias, a paciente retornou para retirada dos pontos. E foi visto que existia presença de cálculo no fio de sutura utilizado (Figura 9), reforçando assim ausência e/ou ineficiência de hábitos de higiene adequados, para controle do tratamento. Os fios foram retirados e o local encontrava-se com boa cicatrização. Porém, a região de gengiva inserida dos elementos 13 ao 23 permanecia com um halo demarcado de inflamação (Figura 10). Desse modo, foi programado uma sessão de raspagem subgengival dos respectivos elementos, com a profilaxia antibiótica já citada.

Figura 9

Formação de cálculo em fio de sutura.



É importante relatar que após algumas sessões do tratamento odontológico, observou-se uma significativa transformação na paciente. Inicialmente reservada e com pouca expressão, ela começou a se comunicar de forma mais aberta e, notavelmente, passou a sorrir. Essas mudanças indicam não apenas a melhoria da saúde bucal, mas também um aumento notável da confiança

da paciente no profissional de saúde, evidenciando os impactos positivos do tratamento não apenas em sua condição física, mas também em seu bem-estar emocional.

Na sessão posterior, foi realizado a raspagem subgengival dos elementos 13 ao 23, sob aplicação de anestesia e com a utilização de ultrassom (Figura 11). Como nas sessões anteriores, a paciente retornou com um controle não satisfatório de biofilme. Desse modo, também foi realizado uma complementação com prescrição de bochecho com clorexidina 0,12% e reafirmação das orientações de higiene bucal, com a paciente sendo acompanhada semanalmente.

Figura 10

Halo de inflamação gengival dos elementos 13 ao 23.



Figura 11

Raspagem subgengival com uso de ultrassom.



Na última sessão, foi observado uma estabilização do quadro periodontal alcançado ao longo do tratamento. Sendo necessário ainda uma complementação para o resultado ideal. Porém, com significativa melhora (Figura 12). Além disso, a paciente realizou novamente exames laboratoriais, entre eles hemograma completo, glicemia, hemoglobina glicada e Proteína C-reativa (PCR) (Figura 13), mostrando que os resultados são condizentes com redução de um quadro inflamatório/infeccioso, como se pode constatar pela comparação da medida glicêmica do início do tratamento e no final (Figura 14).

Figura 12

Aspecto final do tratamento



Figura 13

Exames Laboratoriais. A: Leucograma Final; B: Resultado PCR Final C: Hemoglobina glicada final.

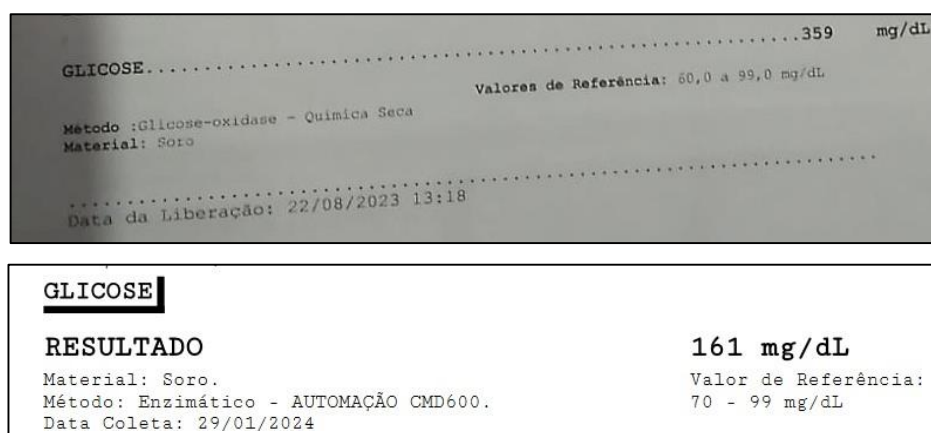
LEUCOGRAMA		Valores de Referência	
	%	/mm ³	Adultos
Leucócitos por mm ³:		7.400	04 a 07 anos
			08 a 12 anos
Blastos.....:	0,0	0	0
Promielócitos.....:	0,0	0	0
Mielócitos.....:	0,0	0	0
Metamielócitos.....:	0,0	0	0 - 1
Neutrófilos.....:	60,0	4.440	40 - 75
Bastões.....:	0,0	0	1 - 3
Segmentados.....:	60,0	4.440	40 - 75
Eosinófilos.....:	1,0	74	1 - 6
Basófilos.....:	0,0	0	0 - 1
Linfócitos.....:	34,0	2.516	20 - 45
Linfócitos Atípicos.....:	0,0	0	0
Monócitos.....:	5,0	370	02 - 10
Observação: LEUCÓCITOS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS.			
CONTAGEM DE PLAQUETAS		Valores de Referência	
Plaquetas:.....:	249.000 /mm ³	150.000 - 450.000/mm ³	
Observação: PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS.			
Laudo conferido e liberado eletronicamente por: DR EVERTON SOUSA AGUIAR - CRF/PI - 2410 em 29/01/2024 16:49			

PROTEINA C REATIVA QUANTITATIVA - ULTRASSENSÍVEL	
RESULTADO	0,74 mg/L
Material: Soro.	Valor de Referência:
Método: IMUNOTURBIDIMETRIA.	Avaliação do risco de Doença Cardiovascular
Data Coleta: 29/01/2024	Risco baixo: Inferior a 1,00 mg/L
	Risco médio: 1,00 a 3,00 mg/L
	Risco alto.: Superior a 3,00 mg/L
	Avaliação de processos inflamatórios e/ou infecciosos:
	Negativo: Inferior a 5,00 mg/L
Laudo conferido e liberado eletronicamente por: DR EVERTON SOUSA AGUIAR - CRF/PI - 2410 em 29/01/2024 16:49	

HEMOGLOBINA GLICADA	
Material: SANGUE EDTA - Método: Afinidade por Boronato	Referências
Valores Encontrados	Normal: Menor que 5,7%
Hb A1c:.....:	Pré-diabetes: 5,7% a 6,4%
8,1%	Diabetes: Maior ou igual a 6,5%
	Meta terapêutica
	Controle adequado: Menor que 7,0%
	Referência: Posicionamento Oficial
	SBD, SBPC-ML, SBEM e FENAD 2017/2018.
O método utilizado nesta dosagem de hemoglobina é certificada pelo National Glycohemoglobin Standardization Program-USA (NGSP) A meta a ser alcançada para o efeito controle do diabetes mellitus deve ser inferior a 7%, conforme a American Diabetes Associations ou inferior a 6,5, conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes (em adultos).	

Figura 14

Glicemia de agosto/2023 e janeiro/2024



DISCUSSÃO

O tratamento odontológico pré-transplante é de extrema importância, especialmente para pacientes candidatos a transplante duplos como pâncreas-rim. Estes frequentemente apresentam sintomas como xerostomia, halitose, lesões ósseas, maior formação de cálculo, má higiene bucal, alta prevalência de doença periodontal e cárie. Portanto, uma avaliação odontológica pré-operatória é fundamental para reduzir complicações pós-operatórias, uma vez que infecções dentárias no período pré-transplante podem levar a complicações pós-operatórias (Ramaglia *et al.*, 2019). Além disso, em pacientes transplantados e/ou candidatos a transplante, a literatura relata que há participação desses focos de infecções bucais e seus patógenos, em processos de liberação de Proteína C reativa, bacteremias, sepses, endocardites e outras doenças cardiovasculares (GencToy *et al.*, 2007).

Embora a paciente não tenha relatado um quadro depressivo, a análise das características comportamentais sugere a presença de uma alteração psicossocial que interfere nos cuidados pessoais, resultando em negligência da saúde bucal. Nesse sentido, estudos evidenciam que indivíduos com depressão tendem a fazer uso reduzido dos serviços odontológicos, independentemente dos fatores socioeconômicos (Park *et al.*, 2010). Dessa forma, esta constatação pode explicar, ao menos em parte, a demora da paciente em buscar atendimento odontológico antes do agravamento do seu quadro.

Adicionalmente, é atribuído a quadros depressivos uma correlação com condições sistêmicas, assim como a associação significativa com problemas de saúde bucal (Hugo *et al.*,

2010). A interconexão entre a saúde mental e bucal destaca a necessidade de uma abordagem integrada no tratamento, considerando tanto os aspectos psicológicos quanto odontológicos. Dessa forma, uma das principais barreiras na evolução do tratamento proposto foi o comprometimento em relação aos hábitos de higiene bucal e notoriamente a gravidade de seu quadro periodontal.

De modo igual, a relação entre o controle glicêmico e a saúde periodontal tem sido investigada, com estudos indicando que um pior controle glicêmico está associado a uma maior gravidade da doença periodontal em pacientes com diabetes (Taylor; Borgnakke, 2008). Essas descobertas reforçam a importância de compreender e gerenciar a saúde periodontal em pacientes com diabetes, destacando a necessidade de intervenções eficazes para prevenir e tratar a doença periodontal nessa população. Ao longo do tratamento a paciente passou por diversas variações de taxas glicêmicas, sendo relatado inclusive desmaios e atendimentos médicos de urgência.

A correlação entre doenças sistêmicas e infecções bucais, como a periodontite, é um tema de crescente interesse na comunidade científica, em decorrência de indícios cada vez mais sólidos de suas relações. A periodontite tem sido associada a uma variedade de condições sistêmicas, incluindo diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e até mesmo Alzheimer. E mais recentemente, em 2020, a periodontite passou a fazer parte do rol de condições crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes, doença renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre tantas outras, que são condições em que a inflamação, a disbiose e as alterações imunológicas geralmente estão presentes (Dias *et al.*, 2024).

Condições crônicas não transmissíveis são a principal causa de mortes em todo o mundo e responsáveis por quase 42% das mortes prematuras (entre 30 e 69 anos) no Brasil. Compreender a participação da periodontite nesse grupo de condições, portanto, eleva a periodontite a um novo grau de importância. A periodontite é atualmente classificada como uma condição crônica, de caráter não linear, que apresenta oscilações entre progressão e estabilidade, multifatorial, inflamatória, associada a um biofilme disbiótico (Dias *et al.*, 2024).

Sendo assim, estudos epidemiológicos e em larga escala têm reforçado a importância crítica da saúde bucal para a saúde sistêmica, destacando a influência significativa que as infecções bucais podem exercer sobre o estado geral de saúde. Hospedeiros suscetíveis, fatores genéticos, ambientais e comportamentais podem modular a interação entre a saúde bucal e sistêmica, contribuindo para a complexidade das associações observadas (Kapila *et al.*, 2000).

Pacientes com doença renal crônica apresentam níveis mais altos de morbidade e

mortalidade, associadas a uma maior carga inflamatória sistêmica. A periodontite está associada a um aumento da microbiota oriunda da inflamação e do estresse oxidativo sistêmico. Desse modo, o tratamento bem-sucedido da periodontite tem sido mostrado para reduzir ambos. Além disso, estudos têm demonstrado uma associação entre periodontite e progressão da DRC, bem como um aumento da mortalidade em pacientes com DRC que também apresentam periodontite (Sharma *et al.*, 2017).

A doença periodontal é responsável por ocasionar a degradação dos tecidos de sustentação dos elementos, culminando em mobilidade e perda dentária, impactando significativamente a saúde bucal e a qualidade de vida do paciente, como observado no caso relatado. A raspagem supra e subgengival é uma técnica que visa remover o biofilme/cálculo dentário e seus substratos presentes nas superfícies dos dentes e raízes, contribuindo para a redução da microbiota, inflamação e a promoção da cicatrização dos tecidos periodontais.

Desse modo, de acordo com a revisão sistemática e meta-análise de Zhang *et al.* (2020), a raspagem subgengival ultrassônica é uma técnica eficaz no tratamento da doença periodontal avançada. A análise comparativa entre a raspagem manual e ultrassônica mostrou que a raspagem ultrassônica foi mais eficaz na redução da profundidade de bolsa periodontal e no ganho de nível clínico de inserção. A raspagem ultrassônica apresentou menor tempo de tratamento e menor desconforto para o paciente em comparação com a raspagem manual. Portanto, a raspagem subgengival ultrassônica pode ser uma opção terapêutica mais eficiente e confortável para o paciente no tratamento da doença periodontal avançada.

Sabe-se que o indivíduo com condição periodontal enfrenta regularmente a presença de bactérias na corrente sanguínea. Consequentemente, o paciente com periodontite crônica pode ter microrganismos circulando em seu sistema sanguíneo. Dessa forma, foi visto em diversos estudos que pacientes com doença periodontal tendem a ter uma elevação nos níveis de proteína C reativa no sangue (Silva *et al.*, 2008). Desse modo, a ausência de variações no exame final, demonstra a melhoria do quadro geral além da análise meramente clínica. Entretanto, a inexistência de um comparativo na fase inicial do tratamento se caracteriza como um fator limitante.

Pelas características observadas ao fim do tratamento, os tecidos de sustentação dos elementos existentes não possuem mais condições clínicas de manutenção ou regressão do quadro atual. Entretanto, pela complexidade do caso e relutância na exodontia, optou-se por buscar uma preservação dos dentes, em especial aqueles diretamente ligados a fatores estéticos (anteriores

superiores), enquanto a paciente não decide pelo tratamento protético definitivo.

CONCLUSÃO

Em conclusão, o presente estudo conseguiu em parte restaurar a saúde periodontal da paciente na fase pré-transplante, visto que a totalidade não foi alcançada, por dificuldades pessoais da mesma.

Porém, as intervenções realizadas durante o tratamento não apenas melhoraram as condições bucais da paciente, mas também contribuíram para o aprimoramento de sua saúde geral e mental. O êxito neste caso destaca a importância da abordagem integrada na odontologia, reconhecendo a interconexão entre a saúde bucal e o bem-estar geral do paciente e reforça a relevância de considerar a saúde periodontal como um componente essencial na preparação para procedimentos médicos mais complexos, como transplantes, impactando positivamente na qualidade de vida global dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Abdinian, M., Mortazavi, M., & Jandaghian, Z. (2019). Comparison of skeletal changes related to patients with chronic kidney disease and healthy individuals in digital panoramic radiography. *Indian Journal of Dental Research*, 30(3), 358-362.
- Abi-Abib, R. C. (2015). Particularidades no manejo do diabetes em pacientes nefropatas. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)*, 14(4).
- American Diabetes Association. (2011). Standards of medical care in diabetes—2011. *Diabetes care*, 34(Supplement_1), S11-S61.
- Baciu, S. F., Mesaroş, A. Ş., & Kacso, I. M. (2023). Chronic kidney disease and periodontitis interplay—a narrative review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1298.
- Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L., Jepsen, S., Kornman, K. S., ... & Tonetti, M. S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions—Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of periodontology*, 89, S1-S8.
- Chowdhury, S. R., & McLure, H. A. (2022). Chronic kidney disease and anaesthesia. *BJA education*, 22(8), 321-328.
- Dias, A. T., et al. (2023). *Perio por elas*. Santos. Acesso em: 12 de fevereiro de 2024,
- Genctoy, G., Ozbek, M., Avcu, N., Kahraman, S., Kirkpantur, A., Yilmaz, R., ... & Kansu, H.

- (2007). Gingival health status in renal transplant recipients: relationship between systemic inflammation and atherosclerosis. *International journal of clinical practice*, 61(4), 577-582.
- Helenius-Hietala, J., Åberg, F., Meurman, J. H., & Isoniemi, H. (2013). Increased infection risk postliver transplant without pretransplant dental treatment. *Oral Diseases*, 19(3), 271-278.
- Hugo, F. N., Hilgert, J. B., De Sousa, M. D. L. R., & Cury, J. A. (2012). Depressive symptoms and untreated dental caries in older independently living South Brazilians. *Caries research*, 46(4), 376-384.
- Kapila, Y. L. (2021). Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. *Periodontology 2000*, 87(1), 11-16.
- Machado, G. R. G. (2012). Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. *Cadernos UniFOA*, 7(1 Esp), 205-205.
- Nazir, M. A., AlGhamdi, L., AlKadi, M., AlBejan, N., AlRashoudi, L., & AlHussan, M. (2018). The burden of diabetes, its oral complications and their prevention and management. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(8), 1545.
- Park, S. J., Ko, K. D., Shin, S. I., Ha, Y. J., Kim, G. Y., & Kim, H. A. (2014). Association of oral health behaviors and status with depression: results from the Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2010. *Journal of public health dentistry*, 74(2), 127-138.
- Ramaglia, A. H. F., Salzedas-Netto, A. A., Monteiro, M. M., Pimentel-Mota, C. F. M. G., Abranches, D. C., Rangel, E. B., & Gonzalez, A. M. (2019). Necessidade de tratamento odontológico em pacientes candidatos a transplante simultâneo de pâncreas-rim e fígado num centro único. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 46, e20192224.
- Silva, F. R., Goiris, F. A. J., Pilatti, G. L., & dos Santos, F. A. (2007). RELAÇÃO ENTRE DOENÇA PERIODONTAL E PROTEÍNA C-REATIVA EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIVASCULAR–REVISÃO DE LITERATURA. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, 13(3/4).
- Sharma, L., Pradhan, D., Srivastava, R., Shukla, M., & Singh, O. (2020). Assessment of oral health status and inflammatory markers in end stage chronic kidney disease patients: a cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(5), 2264-2268.
- Sharma, P., Cockwell, P., Dietrich, T., Ferro, C., Ives, N., & Chapple, I. L. (2017). INfluence of Successful Periodontal Intervention in RENal Disease (INSPIRED): study protocol for a randomised controlled pilot clinical trial. *Trials*, 18(1), 535.
- Yamashita, J. M., Moura-Grec, P. G. D., Capelari, M. M., Sales-Peres, A., & Sales-Peres, S. H. D. C. (2013). Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. *Revista de Odontologia da UNESP*, 42, 211-220.
- Genctoy, G., Ozbek, M., Avcu, N., Kahraman, S., Kirkpantur, A., Yilmaz, R., ... & Kansu, H.

- (2007). Gingival health status in renal transplant recipients: relationship between systemic inflammation and atherosclerosis. *International journal of clinical practice*, 61(4), 577-582.
- Taylor, G. W., & Borgnakke, W. S. (2008). Periodontal disease: associations with diabetes, glycemic control and complications. *Oral diseases*, 14(3), 191-203.
- Zhang, X., Hu, Z., Zhu, X., Li, W., & Chen, J. (2020). Treating periodontitis-a systematic review and meta-analysis comparing ultrasonic and manual subgingival scaling at different probing pocket depths. *BMC Oral Health*, 20(1), 176.