

Doenças periodontais aumentam risco de parto prematuro



Por Cecilia Felipe Nery

Depois de abordar, em edições passadas, a Medicina Periodontal de uma maneira geral e mostrar como esse novo ramo das Ciências da Saúde pode ser aplicado no dia-a-dia do cirurgião-dentista, a reportagem da PerioNews trata, neste número, da relação entre a doença periodontal e a incidência de partos prematuros.

No corpo humano, cada órgão funciona de forma integrada ao outro para garantir uma vida plena e saudável. Assim, se uma parte apresentar algum problema, conseqüentemente poderá atingir outra, e é exatamente nesse ponto que a Medicina Periodontal vem ganhando espaço, tornando evidente que para se ter uma vida saudável é necessário também que a saúde bucal esteja a contento.

A relação entre as doenças periodontais e as doenças sistêmicas é um fato comprovado, e pode desencadear, em mulheres grávidas, a incidência de partos prematuros, cujo nome obstétrico correto é parto pré-termo (PT). A ocorrência se dá anteriormente à 37ª semana completa de gestação. Isto tendo-se como base a data do primeiro dia da última menstruação confiável (DUM), sendo decorrente de ruptura prematura de membrana ou de trabalho de parto prematuro propriamente dito, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 1972.

“Uma gestação no termo vai da 37ª semana até em torno de 40 (nove meses) a 42 semanas”, informa Maria Christina Brunetti, doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Segundo ela, ainda, a

ruptura prematura de membranas, também denominada amniorrexe prematura, caracteriza-se pela rotura das membranas ovulares antes do início do parto e sua causa é infecciosa.

“Em cerca de 85% dos casos em que a gestante se encontra com menos de 34 semanas gestacionais e em 95% dos casos em que as gestantes se encontram com mais de 34 semanas de gestação, o parto acontece espontaneamente num período de 72 horas após a ocorrência da rotura das membranas. Quando a gestante se encontra com menos de 37 semanas gestacionais e não entra em trabalho de parto após a rotura das membranas, existe uma grande controvérsia em relação à época em que a gestação deve ser interrompida. Cerca de 35% dos partos prematuros são decorrentes da ruptura prematura de membranas e cerca de 30% oriundos do trabalho de parto prematuro”, acrescenta Christina.

ESTUDOS

A associação de parto prematuro com a periodontite em mulheres grávidas está demonstrada em

estudos realizados em diversos países, incluindo Brasil, Estados Unidos, Hungria, Croácia e Holanda. Nesses estudos, o fator de risco variou entre 2,7 e 8,9. Entretanto, em alguns países, como Inglaterra, Alemanha e Dinamarca, essa associação não foi observada. “Isso pode indicar que populações diferentes podem ter fatores de risco para parto prematuro diferentes”, explica Ricardo Guimarães Fischer, mestre e doutor em Periodontia pela Universidade de Lund (Suécia).

Alguns estudos utilizam critérios de inflamação periodontal – sangramento à sondagem –, enquanto outros utilizam perda de inserção e profundidade de sondagem de bolsa e outros até mesmo marcadores microbiológicos, como a presença de microorganismos anaeróbios, Gram-negativos. “No entanto, não há uma padronização precisa do critério de inclusão quanto à doença periodontal, gerando um pouco de confusão”, destaca Eduardo M. B. Tinoco, doutor em Periodontia pela Universidade de Oslo (Noruega) e professor adjunto Uerj e Unigranrio

“Enquanto em alguns estudos o critério é compatível com doença periodontal destrutiva, em outros uma simples recessão gengival ou uma gengivite foi suficiente para os autores. É importante ressaltar que a maioria dos estudos apresenta design transversal, o que não permite comprovação de causalidade da associação”, adverte Tinoco.

Por outro lado, em 1996, Offenbacher e colaboradores, ao realizarem um estudo observacional, mostraram ser verdadeira a relação entre os eventos. As mães com doença periodontal apresentaram risco 7,5 vezes maior de nascimentos prematuros com bebês de baixo peso (< 2,500 g) do que as que não tinham doença periodontal.

“Em maio de 2007, tivemos a oportunidade de publicar no *Journal of Periodontology*, o artigo *Evaluation of the incidence of preterm low birth weight in patients under periodontal therapy* (Avaliação da incidência de parto prematuro e bebês de baixo peso em pacientes tratadas periodontalmente), no qual os resultados apontaram que gestantes que abandonaram o tratamento periodontal, apresentaram 79% de parto prematuro com bebês de baixo peso”, declara Catia Gazolla, doutora em Clínica Odontológica e especialista em Periodontia, Radiologia e Saúde Pública.

Segundo Marianna Vogt, mestre em Clínica Odontológica - Área de Periodontia e especialista em Periodontia pela Unicamp, de modo geral, as pesquisas mostram que as gestantes portadoras de doença periodontal apresen-



Christina Brunetti

tam maiores riscos de terem um parto pré-termo do que as gestantes com saúde periodontal. “Examinei a condição periodontal de 334 gestantes que faziam o pré-natal no Caism - Unicamp. As pacientes portadoras de doença periodontal tiveram 3,5 vezes mais parto pré-termo do que as pacientes saudáveis”, confirma.

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

Embora haja divergências, a hipótese que associa uma infecção ao nascer prematuro é a de que os próprios microorganismos ou suas toxinas, como endotoxinas (lipopolissacarídeos) podem alcançar a cavidade uterina durante a gestação pela corrente sanguínea, a partir de um foco não-genital ou por meio de uma rota ascendente do trato genital inferior. Esses microorganismos ou seus produtos, ao interagirem, provavelmente na decídua (uma das membranas ovulares), estimulam a produção de mediadores químicos inflamatórios – as prostaglandinas (PGE2) e o fator de necrose tumoral α (FNT α) – pela gestante, que alcançam níveis elevados (durante a presença de processos infecciosos), acelerando a gestação (promovendo a dilatação cervical, a contração do músculo uterino e o início do trabalho de parto e nascimento propriamente dito).

De acordo com Christina, por meio de uma série de experimentos animais foi possível demonstrar que, embora o risco obstétrico esteja aumentado perante a presença de processos infecciosos agudos, a exposição crônica de patógenos bucais aumenta a possibilidade de complicações na prenhez de animais.

Os primeiros trabalhos com modelos de ratas nas prenhez demonstraram que os desafios de baixa virulência com microorganismos orais durante a gravidez resultavam em retardo de crescimento fetal, demonstrado com a utilização de modelos de infecção subcutâ-



Catia Gazolla

nea crônica com *Porphyromonas gingivalis*, bem como com modelos de periodontite experimental. Em ambos os modelos, o desafio infeccioso associou-se a um desafio inflamatório ao feto, comprovado pelas medidas de PGE2 e de FNT α no líquido amniótico e conseqüente ocorrência de retardo de crescimento fetal.

“Desta forma, estes dados fornecem importantes evidências para validar a possibilidade de que infecções orais distantes, mesmo apresentando baixa virulência, também podem desencadear a inflamação da unidade materno-fetal humana de forma análoga à vista com as infecções do trato genitourinário, por exemplo”, esclarece Christina.

Um dos fatores etiológicos da prematuridade seria também a infecção bacteriana, já conhecida há muito tempo. A infecção seria responsável pela ruptura prematura de membranas, sendo a causa mais comum de partos prematuros (Main, 1988; Spallicci et al, 2000). Peixoto, Goffi (1979); Hiller et al (1988); Mazor et al (1990); Gibbs et al (1992); Romero et al (1993); Hiller et al (1995); Carvalho et al (1997); Gomes, Abreu (2000); Spallicci et al (2000); Martins et al (2004) indicaram a relação das infecções clínicas ou subclínicas dos sistemas genital, urinário e amniótico como fatores determinantes do parto prematuro.

Já Offenbacher, Beck (1998) observaram que, em alguns casos de partos prematuros, havia a presença de corioamnionite histológica na ausência de vaginose ou qualquer outra infecção na área cervical. Assim, várias pesquisas foram realizadas no intuito de determinar de onde viriam as infecções. “Trabalhos realizados por Collins et al (1994), com inoculação de *Porphyromonas gingivalis* em hamsters por meio de câmara subcutânea, demonstraram que estas poderiam atuar negativamente na gestação, principalmente no peso e no retardo do crescimento fetal. Estas bactérias são associadas à doença periodontal”, ressalta Catia.

A hipótese da associação ganha mais força tendo em vista o quadro de reação inflamatória exacerbada pelo desequilíbrio hormonal apresentado pelas gestantes e que possivelmente é refletido no periodonto. Ao mesmo tempo, infecções em diversas partes do corpo podem gerar uma resposta inflamatória sistêmica, que tem potencial para induzir o nascimento de bebês prematuros e/ou baixo peso.

Alguns estudos sugerem, inclusive, que a microbiota de algumas infecções vaginais, um fator de risco conhecido, é composta basicamente por microorganismos anaeróbios e oportunistas, tendo perfil anaeróbio Gram-negativo similar à microbiota encontrada em estágios avançados de doença periodontal. Raber-Durlacher (1993) demonstrou que os níveis de *Prevotella intermedia* estavam positivamente correlacionados com os níveis de hormônios sexuais durante a gestação e que os níveis de IgG sérica diminuíram cerca de 20%.

Segundo Tinoco, não há um consenso se a inflamação gengival observada durante a gravidez é gestação-específica. “Alguns autores sugerem ser ela uma inflamação exacerbada, resultante de respostas fisiológicas induzidas pela própria gestação”, comenta.

ESTATÍSTICAS

Apesar dos grandes esforços médicos, dos recursos terapêuticos e intervenções de saúde pública para reduzir a prematuridade, sua incidência tem aumentado nas últimas duas décadas. De acordo com Marianna, sua prevalência varia, em geral, de 6% a 15% do total de partos, dependendo da população estudada. “Essa variação nas taxas de prematuridade relatadas na literatura parece estar relacionada às diferentes condições socioeconômicas e culturais das gestantes, diferenças geográficas, fatores étnicos e tipos diversos de assistência pré-natal disponíveis durante o período gestacional”, explica.

A incidência do parto prematuro com bebês de baixo peso é variável e depende das características populacionais de cada país. Na Finlândia, França e Dinamarca, a incidência se apresenta em torno de 5%. Na Alemanha, Canadá, Japão e Estados Unidos, a incidência aumenta para 12,5% e na América Latina a prevalência é de 11%. “Apesar de intensa pesquisa sobre a etiologia de prematuridade e/ou bebês de baixo peso, é estimado que 50% dos casos clínicos não tenham causa aparente. Este fato por si justifica a necessidade de mais estudos para identificar as causas e fatores de risco que levariam a este tipo

de complicação obstétrica”, alerta Fischer.

No Brasil, dados divulgados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), revelaram que no Estado de São Paulo a prevalência de recém-nascidos prematuros atingiu cerca de 11% do total de nascidos vivos no ano de 1993. Segundo o Datasus, em 1999, a prevalência de nascimentos prematuros foi de 6,23%. “Em um levantamento feito pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, verificou-se uma prevalência de partos prematuros em torno de 20 a 22% no ano de 1995”, revela Christina.

Para que esses números não aumentem ainda mais, Marianna salienta que o cirurgião-dentista pode colaborar realizando um exame periodontal e, se confirmada a periodontite, entrar em contato com o médico obstetra da paciente e tratá-la normalmente, de preferência durante o segundo trimestre da gravidez. “Deve-se evitar o primeiro trimestre devido aos desconfortos e à organogênese que ocorrem nesse período, quando o feto está altamente suscetível às influências do meio, assim como deve-se evitar a última metade do terceiro trimestre, quando há maiores riscos de prematuridade, em razão da sensibilidade do útero a estímulos externos, além dos desconfortos do período”, acrescenta.

Segundo a Academia Americana de Periodontia (2004) “todas as mulheres grávidas ou que planejam uma gravidez devem se submeter a um exame periodontal. Medidas preventivas e terapêuticas apropriadas, se indicadas, devem ser efetuadas e podem ter um efeito benéfico na saúde de seus bebês”.

No entanto, Christina lembra que o cirurgião-dentista já deveria começar a se preocupar com o atendimento de todas as suas pacientes mulheres em idade fértil, doentes ou não periodontais, informando-as da importância crítica de um diagnóstico precoce e dos cuidados preventivos das alterações gengivais relacionadas ao acúmulo da placa bacteriana.

Conforme ela, ao longo da vida da mulher, várias diferenças específicas do sexo feminino envolvendo a saúde e a doença podem afetar sua saúde bucal. As diversas variações hormonais, além de interferirem no sistema reprodutivo da mulher, exercem forte influência no interior da cavidade bucal. “As pacientes precisam de explicações específicas sobre as mudanças cíclicas na saúde oral que correspondem às fases da vida da mulher, juntamente com instruções apropriadas de higiene bucal. Essas fases de vida incluem puberdade, menstruação, etapa de fertilidade e gravidez, climatério e menopausa

e pós-menopausa. Merecem atenção também os anti-concepcionais, as disfunções alimentares, a terapia de reposição hormonal e o uso de estrógeno”, justifica.

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

A avaliação clínica periodontal inicial pode ser feita por qualquer cirurgião-dentista graduado. Este está habilitado a diagnosticar e tratar uma gengivite gravídica, oferecendo terapia periodontal e orientações sobre higiene oral. Em casos de periodontites mais avançadas, o clínico poderá encaminhar a paciente a um especialista em Periodontia, que fará um exame periodontal mais detalhado e instituirá o tratamento adequado, incluindo orientações sobre higiene bucal, raspagem e alisamento radicular.

“Após o término do tratamento inicial, é de grande importância o acompanhamento regular dessas pacientes para o incentivo aos seus hábitos de higiene oral e tratamento de áreas recidivantes. O sucesso do tratamento se dá com a regularidade dos cuidados de higiene bucal por parte da paciente e da manutenção do tratamento periodontal feito pelo periodontista, em intervalos que dependem do grau de severidade da doença”, alega Marianna.

A terapia periodontal, seja ela realizada pelo clínico geral ou pelo especialista, deve fundamentar seu tratamento levando-se em conta a natureza infectocontagiosa da doença periodontal. Pelo fato da perpetuação do processo inflamatório gengival poder promover a migração apical da aderência epitelial, permitindo desta forma, o avanço de microorganismos, subgengivalmente, com conseqüente perda de inserção conjuntiva e óssea alveolar, seu cuidado requer não apenas a eliminação da placa bacteriana e seus perpetuadores, por meio da raspagem e alisamento dental, mas tam-



Marianna Vogt

bém um efetivo controle mecânico caseiro, principalmente ao se levar em conta que nas pacientes gestantes os efeitos dos fatores locais sobre os tecidos gengivais são exacerbados pela atividade hormonal.

Condições anatômicas da região dentogengival e o fluxo contínuo do fluido crevicular impedem uma ação mais efetiva de substâncias químicas dentro do sulco/bolsa periodontal, limitando desta forma a indicação de coadjuvantes químicos para o controle da placa bacteriana. Além disso, o acúmulo da placa bacteriana na gestante – decorrente muitas vezes da dificuldade de higienização bucal pela presença de náuseas ou devido a uma ingestão mais freqüente de alimentos – associado a uma dieta com alta freqüência do uso tópico de produtos ou soluções fluoretadas, pode também propiciar o aparecimento e/ou recorrência de lesões cariosas, comprometendo dentes hígidos, restaurações, próteses fixas e, muitas vezes, toda uma reabilitação bucal.

“Quando uma gestante apresenta atividade cariiosa, além da realização de um efetivo controle da placa bacteriana e de procedimentos restauradores quando necessários, é de suma importância oferecer-lhe noções sobre a saúde, orientando-a sobre o uso do flúor, dieta e o uso adequado de alimentos açucarados, visto que a transmissibilidade e a contaminação precoce da infecção cárie para a criança ocorrem a partir de contatos freqüentes entre a mãe e o concepto. Além do que, o paladar da criança começa a se formar a partir do quarto mês de vida intra-uterina”, ressalta Christina.

Em linhas gerais, o protocolo de atendimento recomendado a essas pacientes pode ser resumido da seguinte forma:

- Primeiro trimestre: exame clínico para identificação da presença ou não de doença periodontal. Instruções sobre higiene oral e controle de placa bacteriana. As gestantes que não forem portadoras de periodontopatias, devem receber instruções para retornarem somente para terapia de manutenção.
- Segundo trimestre: tratamento da doença periodontal e terapia de manutenção nas gestantes que não possuem doença periodontal.
- Terceiro trimestre: terapia de manutenção.

“Devemos observar que tratamentos odontológicos devem ser realizados somente no segundo trimestre de gestação. No primeiro e terceiro, somente casos de urgência devem ser atendidos e sempre levando em conta a relação custo x benefício”, pondera Catia.



Eduardo Tinoco

CUIDADOS E FREQUÊNCIA

No período da gravidez há um grande aumento dos hormônios progesterona e estrogênio, acarretando mudanças fisiológicas/imunológicas importantes no organismo da gestante que, por sua vez, são responsáveis por algumas condições periodontais patológicas durante a gestação, como a gengivite gravídica, o granuloma piogênico ou gravídico, e a exacerbação da periodontite. Se a paciente já tinha uma gengivite antes da gravidez, esta será piorada caso não haja um cuidado satisfatório de higiene. “A prevenção e a educação sobre saúde bucal, as orientações sobre a técnica de escovação, sua realização após as refeições e uso de fio dental diariamente são de primordial importância”, aponta Marianna.

Assim, deve ser estabelecida uma rotina de procedimentos clínicos e um sistema de avaliação, lembrando-se sempre de que o primeiro trimestre é considerado o período mais crítico e delicado da gestação para realização de um tratamento odontológico. “No primeiro trimestre, tanto órgãos quanto sistemas são organizados”, explica Christina. “O período compreendido entre o quarto e o sexto mês gestacional é o mais indicado para qualquer tipo de intervenção, pois por volta do quarto mês, a maior parte da organogênese está completa. O terceiro trimestre também exige cautela, pois qualquer fator poderá antecipar o processo de parturição e o nascimento do bebê”, completa.

O sistema de avaliação deve ser desenvolvido de modo a classificar o grau do risco materno para o estabelecimento ou recorrência da doença periodontal, baseado nas informações obtidas a partir da história médica e dados clínicos da gestante.

Marianna lembra ainda que orientações nutricionais devem ser feitas por um nutricionista, mas o cirur-

gião-dentista pode adiantar informações sobre a qualidade da dieta, ou seja, uma dieta com baixos teores de açúcar refinado e frituras, rica em frutas, legumes e verduras, além de quantidades equilibradas de carnes e massas. Nos lanches entre as refeições, a paciente deve dar prioridade às frutas e sucos, no lugar de bolachas recheadas, doces, salgadinhos de saquinho e refrigerantes. “Passar informações e orientações às pacientes é fundamental na fase de gestação”, assegura.

Esse cuidado também é lembrado por Cátia. Segundo ela, o cirurgião-dentista deve explicar a relação da doença periodontal com o parto prematuro, uma vez que a maioria da população ainda desconhece este evento. Além disso, mostrar que, apesar da relação existir, as gestantes portadoras de doença periodontal não estão fadadas a ter um parto prematuro, mas que este fator é conhecido e relativamente de fácil controle. “É necessária a participação efetiva da paciente para o sucesso do tratamento”, reforça.

É importante destacar que pacientes consideradas de alto risco para o estabelecimento e/ou progressão da doença periodontal durante a gestação, devem receber cuidados periodontais durante o segundo trimestre e controles mensais de manutenção até o fim do período gestacional. Pacientes incluídas no grupo de risco moderado, devem ser avaliadas quanto à necessidade de realização de tratamento periodontal e aconselhadas a comparecerem no consultório bimestralmente até o fim da gestação. Gestantes consideradas de baixo risco podem fazer uma visita odontológica a cada três meses.

“Para as gestantes portadoras de doença periodontal, a frequência varia de acordo com o comprometimento da dentição. Mas o tratamento deve ser rápido, com consultas que não excedam 30 minutos. Todo o



Ricardo Guimarães Fischer

protocolo de atendimento às gestantes deve ser seguido com exatidão”, diz Catia. “O tratamento odontológico em gestantes não oferece risco, desde que realizado de forma responsável e seguido o protocolo recomendado para estas pacientes. Casos eletivos devem ser realizados após o nascimento do bebê”, ressalta.

INTEGRAÇÃO

A gravidez é, sem dúvida, um dos estágios da vida da mulher com capacidade de influenciar a sua saúde bucal. Além disso é um período em que os cuidados com a saúde materna e a educação da paciente têm um efeito profundo na sua saúde bucal e na de seu filho. Assim, “faz-se necessária uma coordenação entre profissionais da Odontologia e da Obstetrícia, particularmente, da equipe odontológica, assegurando, desta forma, uma melhoria na saúde bucal das gestantes e de seus conceitos”, orienta Christina.

Para Marianna, é necessário criar um programa de atenção à saúde bucal da população brasileira de mulheres grávidas, com a intenção de minimizar os efeitos potencializadores da gestação sobre sua condição periodontal, por meio de orientações de higiene oral e tratamento periodontal durante o programa de pré-natal. “O estabelecimento de saúde oral é importante durante a gravidez, no intuito de minimizar os efeitos da gestação sobre a condição bucal, como também os resultados perinatais indesejáveis, e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da gestante e de seu bebê”, afirma.

Segundo ela, ainda, as evidências encontradas na literatura científica até hoje sugerem que o tratamento periodontal possa reduzir os resultados adversos na gravidez, mas também indicam que muitos estudos epidemiológicos e, principalmente, de intervenção (tratamento), são ainda necessários para validar essa associação e determinar se ela é causal e o quanto representa no grau de risco, tendo em vista sua enorme importância social.

Por outro lado, Tinoco lembra que no momento são poucos estudos intervencionais publicados, e não há ainda um consenso sobre a magnitude do impacto do tratamento periodontal na diminuição do risco de nascimento prematuro e de bebês de baixo peso. “No entanto, a manutenção da saúde periodontal antes, durante e após a gestação deve ser um objetivo comum dentro do prisma de uma gestação saudável”, conclui.