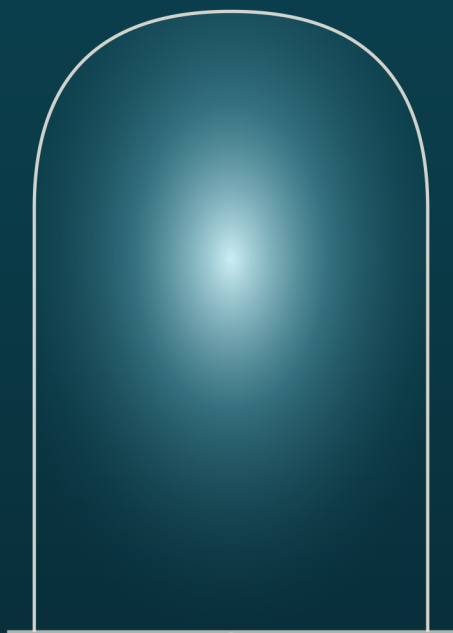


A Porta

o que a boca revela sobre o corpo inteiro

Seu dentista enxerga o que o resto da medicina não olha.



MURILO MACEDO

CIRURGIÃO-DENTISTA · EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Obra criada com o auxílio de inteligência artificial,
sob direção, seleção e autoria de Murilo Macedo.

Introdução

Há uma cena que todo cirurgião-dentista conhece e que quase ninguém nomeia. O paciente senta na cadeira, inclina a cabeça, abre a boca e confia a você a entrada do próprio corpo. Por alguns minutos, você é a única pessoa no mundo autorizada a olhar ali dentro. E o que a maior parte da nossa formação ensinou a ver, naquele instante de intimidade rara, foi um dente. Um dente com cárie, uma gengiva que sangra, uma coroa a refazer. Estruturas a consertar.

Este livro nasce de uma inquietação simples e teimosa: a de que estamos olhando para o lugar certo com a pergunta errada. A boca não é um compartimento isolado, uma oficina de peças que por acaso fica no rosto. Ela é a porta de entrada do corpo, no sentido literal e em vários outros. Anatomicamente, é o começo do tubo que atravessa o organismo inteiro. Imunologicamente, é uma das maiores superfícies de contato entre o meio externo e o nosso interior. Microbiologicamente, abriga um dos ecossistemas mais densos que carregamos. E pela rede do nervo trigêmeo, é também uma porta que conversa com o cérebro nos dois sentidos. Quem olha uma boca está olhando para um sistema, não para uma peça.

A tese deste livro cabe em uma frase, e a frase é uma provocação deliberada: seu dentista enxerga o que o

resto da medicina não olha. Não porque o dentista saiba mais do que o cardiologista sobre o coração ou do que o neurologista sobre o cérebro. Ele não sabe, e este livro jamais sugeriria isso. Mas porque o dentista olha, de perto e com frequência, um território que os demais especialistas raramente examinam, e porque esse território guarda sinais e conexões com o corpo todo que só fazem sentido para quem aprendeu a lê-los. Aceitar isso é trocar de identidade: deixar de ser o técnico que conserta estruturas para se tornar o clínico que lê um sistema.

Aqui é preciso uma palavra firme, porque a ideia de que “a boca se conecta ao corpo” foi sequestrada. Foi transformada, em boa parte do mercado, numa promessa de cura sistêmica sem prova, num “holístico” que vende tratamento de gengiva como prevenção de quase tudo. Este livro recusa esse caminho com a mesma energia com que defende a integração. A diferença entre uma odontologia integrativa séria e o oportunismo não está no entusiasmo, está no método. Por isso o livro se submete, capítulo após capítulo, a uma disciplina única: a cada afirmação, distinguir o que é fato, o que é consenso e o que é hipótese. Associação não é causa. Plausibilidade não é prova. Uma referência real e verificada vale mais que uma manchete sedutora. Quando algo é apenas uma hipótese promissora, o livro diz que é hipótese, e é justamente essa honestidade que dá ao dentista o direito de ampliar o olhar sem perder a credibilidade.

Essa disciplina organiza também a arquitetura do livro. Cada capítulo parte de fora, de uma doença ou de um sinal que ninguém costuma associar ao consultório odontológico, e volta para a boca, mostrando por onde os dois se ligam e o que a evidência autoriza dizer sobre essa ligação. O percurso vai do elo mais sólido ao mais especulativo, sem esconder a diferença entre eles. Começamos pelo açúcar e pelo diabetes, onde a relação é bidirecional e foi provada por estudos de intervenção. Passamos pelo coração, onde a associação é forte mas a causalidade ainda não se fechou. Seguimos para o cérebro, para a dor da mordida, para o intestino, para o sono e o rosto, para a fome, para os sinais que a saliva, o hálito e a língua revelam, e para o encontro entre a máquina e a mão na clínica de hoje. Ao final, tudo converge num modelo prático de três verbos: rastrear, encaminhar, colaborar.

Uma palavra sobre o leitor a quem este livro se dirige. Ele não foi escrito para o público leigo. Foi escrito para o acadêmico e para o profissional de odontologia, para quem já tem o vocabulário e a responsabilidade clínica, e para quem este convite à mudança de identidade tem consequências reais na cadeira, no diagnóstico e na conversa com os colegas de outras áreas. Não é um livro de respostas fáceis. É um livro que pede rigor na mesma medida em que pede coragem.

Por fim, uma palavra sobre como ele foi feito, porque a transparência é parte do mesmo compromisso com a

verdade que guia cada página. Os detalhes dessa nota de método estão registrados à parte, mas o essencial é dizê-lo aqui, sem rodeios: ferramentas de inteligência artificial foram usadas de forma extensiva e assumida na pesquisa, na organização do conhecimento, na redação e na revisão deste livro. Essa colaboração operou sempre sob direção, seleção e julgamento humanos. A escolha dos temas, a checagem das evidências, a distinção entre fato, consenso e hipótese, e a experiência clínica de trinta e cinco anos que dá sentido a tudo isso pertencem ao autor. A tecnologia ampliou o alcance. A autoria, a responsabilidade e a vivência são humanas.

Abra a porta. Do outro lado dela está um corpo inteiro, esperando há tempo demais que alguém o olhasse a partir da boca.

Capítulo 1: A boca e o açúcar

Uma gengiva que não fecha

Ele tem cinquenta e dois anos e uma gengiva que não cicatriza. Você fez a raspagem há seis semanas, com instrumentação correta, profundidades aferidas e instrução de higiene reforçada, e ainda assim, na reavaliação, o tecido marginal continua edemaciado, vermelho, sangrando ao menor toque da sonda. As bolsas que deveriam ter regredido seguem teimosamente profundas. Você revisa sua técnica. Pergunta-se se errou alguma coisa. Não errou.

Errou a pergunta.

Porque a resposta não está na bolsa periodontal, está na corrente sanguínea desse homem, onde a glicemia passeia descontrolada há anos. Ele é diabético tipo 2. Sabe disso de modo vago, toma a metformina quando lembra, não mede a glicose, não vê o endocrinologista desde antes da pandemia. A hemoglobina glicada dele, se você pudesse vê-la, beiraria os 9%. E é exatamente por isso que a gengiva não fecha. O que parecia um caso de periodontite refratária ao tratamento é, na verdade, **um caso de diabetes mal controlado se manifestando na boca**, e gritando, para quem souber

ouvir, que aquele paciente está em risco muito além dos dentes.

Volte os olhos para a gengiva. Ela está dizendo a verdade sobre o pâncreas.

O elo que a formação não nos ensinou a ver

A relação entre periodontite e diabetes é, hoje, a conexão **mais bem documentada** de todo o eixo oral-sistêmico. Não é associação frouxa, não é mecanismo “plausível mas não testado”: é uma relação **bidirecional**, sustentada por dados epidemiológicos, mecanismos biológicos detalhados e, o que mais importa ao clínico, por ensaios de intervenção. O consenso conjunto da Federação Europeia de Periodontia e da Federação Internacional de Diabetes (Sanz et al., 2018) consolidou essa evidência em linguagem que não admite ambiguidade: as duas doenças se alimentam mutuamente, e tratar uma influencia a outra.

Vale fixar a moldura epistemológica logo de início, porque ela vai nos acompanhar por todo o livro. Diante de cada afirmação, perguntaremos: isto é **fato comprovado**, é **consenso de especialistas**, ou é **hipótese**? No caso perio↔diabetes, a maior parte do que diremos a seguir é fato ou consenso, e é justamente isso que torna este o capítulo onde podemos agir com mais se-

gurança. Guardaremos a palavra “hipótese” para quando ela for honesta.

Da boca para o corpo: a inflamação que vaza

Comece pela direção que costuma surpreender o paciente e, sejamos francos, boa parte da classe. **A periodontite piora o diabetes.**

A periodontite não é uma infecção localizada e contida. É uma ferida inflamatória crônica. Some a superfície ulcerada de todas as bolsas periodontais de uma boca com doença avançada e você obtém uma área de epitélio ulcerado comparável à palma de uma mão: uma janela aberta, permanentemente, entre o biofilme disbiótico subgengival e a circulação sistêmica. Por essa janela passam duas coisas: bactérias e mediadores.

O biofilme subgengival desequilibrado, dominado pelo **complexo vermelho** de Socransky, com *Porphyromonas gingivalis* à frente, mantém o sistema imune do hospedeiro em estado de alerta permanente. A resposta a essa agressão crônica derrama na corrente sanguínea um caldo de citocinas pró-inflamatórias: **interleucina-6 (IL-6)**, **fator de necrose tumoral alfa (TNF- α)** e, como marcador de fase aguda que delas decorre, a **proteína C-reativa (PCR)**. Não é teoria de bancada: pacientes com periodontite exibem níveis sistêmicos

mensuráveis desses mediadores mais altos do que controles saudáveis.

E aqui o fio se fecha sobre o pâncreas. TNF- α e IL-6 são, reconhecidamente, **indutores de resistência à insulina**. Eles interferem na sinalização do receptor de insulina nos tecidos periféricos, de modo que a mesma quantidade de insulina produz menos efeito: o músculo e o fígado ficam “surdos” ao hormônio. O resultado é hiperglicemia. Em outras palavras: a inflamação que nasce na gengiva contribui, por via humoral, para **piorar o controle glicêmico** de quem já é diabético, e pode empurrar para a desregulação quem ainda estava no limiar. A boca, inflamada, sabota o açúcar do corpo inteiro.

Do corpo para a boca: o açúcar que corrói o reparo

Agora a outra direção, a que explica nosso paciente da abertura. **O diabetes piora a periodontite**, e é por isso que a gengiva dele não fechava.

A hiperglicemia crônica corrói os tecidos por mais de uma via, e três delas importam ao periodontista.

Primeiro, os **produtos finais de glicação avançada (AGEs)**. Quando a glicose circula em excesso por tempo prolongado, ela se liga de forma irreversível a proteínas e lipídios, formando os AGEs. Esses compostos acumulam-se nos tecidos periodontais e, ao se ligarem

ao seu receptor (RAGE) nas células de defesa e no endotélio, amplificam a resposta inflamatória e a degradação do colágeno, a própria matriz que sustenta o dente no alvéolo.

Segundo, a **disfunção dos neutrófilos**. No diabético mal controlado, essas células de primeira linha contra o biofilme tornam-se menos eficientes na quimiotaxia e na fagocitose, ao mesmo tempo em que ficam mais propensas a liberar enzimas destrutivas no local. O resultado paradoxal é uma defesa que protege menos e destrói mais.

Terceiro, e mais visível na cadeira, a **cicatrização prejudicada**: microangiopatia, redução da síntese de colágeno e do turnover ósseo, reparo tecidual lento. É a tradução biológica daquela gengiva que não fecha após uma raspagem tecnicamente impecável. Não é falha sua. É o açúcar.

O que muda quando tratamos a gengiva

Se a relação é de mão dupla, surge a pergunta que interessa à clínica: **tratar a periodontite melhora o controle glicêmico?**

A resposta da melhor evidência é **sim, porém com uma honestidade que precisa ser dita em voz alta**. O tratamento periodontal não cirúrgico (raspagem e alisamento radicular) está associado a uma **redução da hemoglobina glicada (HbA1c)** em pacientes com

diabetes tipo 2. O consenso EFP/IDF (Sanz et al., 2018) situa esse benefício na ordem de uma redução média em torno de **0,3 a 0,4 ponto percentual** de HbA1c em três meses: efeito **real, reprodutível e clinicamente relevante**, comparável ao que se obtém ao adicionar um segundo fármaco hipoglicemiante em alguns cenários.

Mas note a magnitude: **modesto**. Não é cura, não é substituto do tratamento médico, não dispensa metformina, dieta ou insulina. Aqui mora a linha que separa a odontologia integrativa baseada em evidência do oportunismo “holístico” que assombra a profissão. Prometer que tratar a gengiva “controla o diabetes” é mentira de panfleto. Afirmar que tratar a gengiva **contribui, de forma mensurável, para o controle glicêmico de um paciente** é ciência. E é uma ciência que nos dá um lugar legítimo, e sóbrio, na equipe de cuidado desse paciente. A diferença entre as duas frases é a diferença entre vender e cuidar.

O dentista como sentinela

O que tudo isso exige de nós, na prática, não é misticismo: é método. Três movimentos concretos.

Rastrear. Uma periodontite grave, refratária ou de progressão incompatível com o biofilme visível deve acender o alerta para disglycemia não diagnosticada. O consultório odontológico vê, todos os dias, pacientes que não pisam num posto de saúde há anos. Somos,

para muitos deles, o único profissional de saúde com quem mantêm contato regular. Isso nos coloca numa posição privilegiada, e responsável, de **suspeita precoce**.

Encaminhar. Suspeita fundada não termina em palpite: termina em encaminhamento. Diante do quadro da abertura, a conduta correta inclui dialogar com o paciente sobre seu controle glicêmico e direcioná-lo ao médico, idealmente com uma comunicação que explicita o achado bucal e sua relevância sistêmica. Há evidência de que o rastreio com HbA1c na própria cadeira odontológica identifica diabetes e pré-diabetes ainda não diagnosticados: entre pacientes com fatores de risco, cerca de um terço dos que não relatavam histórico de diabetes apareceram na faixa de pré-diabetes ou diabetes (Lalla et al., 2011). Onde houver protocolo e respaldo legal, a glicemia capilar e a HbA1c podem integrar o rastreio, sempre em articulação com a medicina.

Co-manejar. O diabético é, por definição, um paciente compartilhado. O controle glicêmico melhora a resposta ao tratamento periodontal; o tratamento periodontal melhora, modestamente, o controle glicêmico. Os dois cuidados conversam, e cabe ao dentista **fazer essa conversa acontecer**, comunicando-se com o endocrinologista ou o clínico em vez de tratar a boca como uma ilha. O dentista integrativo não invade a medicina; ele **colabora** com ela, sobre uma base de evidência,

sabendo a cada passo o que é fato, o que é consenso e o que ainda é hipótese.

Fechamento

Volte uma última vez àquele homem de cinquenta e dois anos, à gengiva que não fechava. Durante anos, a medicina olhou o açúcar dele e não viu a boca; a odontologia olhou a boca dele e não viu o açúcar. O elo estava lá o tempo todo, vazando inflamação numa direção e AGEs na outra, esperando que alguém se desse ao trabalho de ler o sistema inteiro.

Esse alguém é você. E o lugar por onde você lê o corpo desse paciente, o lugar por onde a inflamação entra e por onde a doença se anuncia, tem um nome.

A boca é a porta. E, no diabético, é também a primeira janela por onde se vê o corpo adoecer.

Referências

1. **Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, 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 by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2018;45(2):138-149.

2. **Socransky SS, Haffajee AD, Cugini MA, et al.** Microbial complexes in subgingival plaque. *J Clin Periodontol.* 1998;25(2):134-144.
3. **Lalla E, Kunzel C, Burkett S, Cheng B, Lamster IB.** Identification of unrecognized diabetes and pre-diabetes in a dental setting. *J Dent Res.* 2011;90(7):855-860.

VOCÊ LEU UMA AMOSTRA

Continue a leitura

Você acaba de ler a introdução e o primeiro capítulo de **A Porta**. O livro completo percorre doze portas entre a boca e o corpo, sempre separando o que é fato, o que é consenso e o que é apenas hipótese:

1. A boca e o açúcar · 2. A boca e o coração · 3. A boca e o cérebro

4. A boca, a mordida e a dor · 5. A boca e o intestino

6. A boca, o sono e o rosto · 7. A boca e a fome

8. Os sinais: saliva, hálito, língua · 9. A máquina e a mão

10. Outras portas · 11. A clínica integrativa

12. Me formei, e daí? (um capítulo inteiro para o recém-formado)

Disponível na Amazon, em Kindle.

Busque por
link na bio do meu perfil.

ou toque no

Seu dentista enxerga o que o resto da medicina não olha.

Obra criada com o auxílio de inteligência artificial, sob direção, seleção e autoria de Murilo Macedo.