UNIVERSIDADE PAULISTA

NATÁLIA FERNANDES DE OLIVEIRA

MANEJO DE EXODONTIA EM PACIENTE DIABÉTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA

SOROCABA

2025

NATÁLIA FERNANDES DE OLIVEIRA

MANEJO DE EXODONTIA EM PACIENTE DIABÉTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Orientadora: Profa. Dra. Kelly Cristine Tarquínio Marinho.

SOROCABA

2025

CIP - Catalogação na Publicação

Oliveira, Natália Fernandes de
MANEJO DE EXODONTIA EM PACIENTE DIABÉTICO: UMA REVISÃO DE LITERATURA INTEGRATIVA / Natália Fernandes de Oliveira. - 2025.
45 f. : il. color

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista, Sorocaba, 2025.
Área de Concentração: Cirurgia.
Orientador: Prof. Dra. Kelly Cristine Tarquínio Marinho.

1. Diabetes Mellitus. 2. Cirurgia Bucal. 3. Controle Glicêmico. 4. Complicações pós-operatória. 5. Protocolos Clínicos. I. Marinho, Kelly Cristine Tarquínio (orientador). II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Universidade Paulista com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

NATÁLIA FERNANDES DE OLIVEIRA

MANEJO DE EXODONTIA EM PACIENTE DIABÉTICO

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de graduação em Odontologia apresentado à Universidade Paulista – UNIP.

Aprovado(a) em: 01 / 12 / 25

nota: 10,0

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kelly Cristine Tarquínio Marinho
Universidade Paulista - UNIP

Prof. Me. Hélio de Jesus Kiyochi
Universidade Paulista - UNIP

Prof. Me. Carlos Ribeiro Pizante
Universidade Paulista - UNIP

Dedico este trabalho a todos professores que fizeram parte da minha formação, desde o ensino fundamental. A vocês, que ensinaram com amor mesmo diante do desvalor da profissão. Cada conquista carrega um pouco de vocês.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família por todo o suporte, apoio, compaixão e zelo dedicados a mim ao longo desta caminhada. Ao meu noivo, por todo o suporte prestado e pela paciência demonstrada em nosso relacionamento durante este percurso. E, em especial, ao meu irmão William, provedor e parte essencial da realização deste sonho. Meu eterno amor, que a minha vitória também seja a sua.

“Nada na vida deve ser temido, apenas compreendido. Agora é hora de compreender mais, para temer menos”.

Marie Curie

RESUMO

Pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM) apresentam particularidades clínicas que exigem atenção redobrada no atendimento odontológico. Alterações no controle glicêmico pode comprometer a resposta inflamatória, a cicatrização tecidual, a capacidade de combate a infecções e a estabilidade hemodinâmica, tornando procedimentos como exodontias potencialmente mais complexos. **Objetivo**: Compreender as diferentes condutas adotadas pelo cirurgião-dentista no atendimento de pacientes com Diabetes Mellitus, tanto compensados quanto descompensados, diante da necessidade de procedimentos odontológicos, especialmente exodontias. Buscou-se analisar se há indicação consistente de profilaxia antibiótica, considerando o risco crescente de resistência bacteriana; verificar a existência de particularidades quanto às soluções anestésicas utilizadas, e a segurança do uso de vasoconstrictores; além de identificar quais medidas de emergências e cuidados pós-operatórios são recomendados. **Metodologia**: Revisão de literatura realizada nas bases *PubMed*, *SciELO*, *Research Society Development* (RSD) e *Brazilian Journal of Health Review*, contemplada por buscas no *Google Acadêmico*. Foram selecionados artigos publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, foram incluídos também artigos amplamente referenciados publicados entre 2018 e 2019, a partir das palavras chaves: exodontia, diabetes mellitus, controle glicêmico, complicações pós-operatórias, conduta clínica. **Resultados**: Há divergências entre os profissionais quanto a necessidade profilaxia antibiótica em pacientes diabéticos compensados, em pacientes descompensados a literatura tende a recomendar maior cautela. Uso de vasoconstritores com epinefrina não apresenta risco significativo isolado para emergências odontológicas em pacientes diabéticos e certas medicações podem ser empregadas com segurança, desde que haja cautela. **Conclusão**: Não há um protocolo formalizado por agências reguladoras para o atendimento odontológico em pacientes diabéticos, apenas diretrizes gerais, dessa forma cabendo ao cirurgião-dentista compreender integralmente a condição sistêmica do paciente, realizando um atendimento individualizado visando segurança no procedimento.

Palavras-chave: Cirurgia Bucal; diabetes mellitus; controle glicêmico; complicações pós-operatórias; protocolos clínicos.

ABSTRACT

Patients with Diabetes Mellitus (DM) present clinical particularities that require increased attention during dental care. Changes in glycemic control may compromise the inflammatory response, tissue healing, the capacity to fight infections, and hemodynamic stability, making procedures such as tooth extractions potentially more complex. **Objective**: To understand the different approaches adopted by dentists in the care of patients with Diabetes Mellitus, both compensated and decompensated, when dental treatment is necessary, especially tooth extractions. The aim was to analyze whether there is a consistent indication for antibiotic prophylaxis, considering the growing risk of bacterial resistance; to verify whether there are particular considerations regarding the anesthetic solutions used and the safety of vasoconstrictors; and to identify which emergency measures and postoperative care are recommended. **Methods**: A literature review was conducted using the PubMed, SciELO, Research Society Development (RSD), and Brazilian Journal of Health Review databases, supplemented by searches on Google Scholar. Articles published between 2020 and 2025 in Portuguese, English, and Spanish were selected; widely referenced articles published between 2018 and 2019 were also included, based on the following keywords: tooth extraction, diabetes mellitus, glycemic control, postoperative complications, clinical management. **Results**: There are divergences among professionals regarding the need for antibiotic prophylaxis in compensated diabetic patients; for decompensated patients, the literature tends to recommend greater caution. The use of vasoconstrictors with epinephrine does not present a significant isolated risk for dental emergencies in diabetic patients, and certain medications may be used safely, provided there is caution. **Conclusion**: There is no formalized protocol established by regulatory agencies for dental care in diabetic patients, only general guidelines. Therefore, it is the responsibility of the dentist to fully understand the patient's systemic condition, providing individualized care aimed at ensuring safety during the procedure.

Keywords: Oral surgery; Diabetes Mellitus; Glycemic control; postoperative complications; clinical protocols.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estágio da DM1..... 15

Figura 2 – Fluxograma de seleção de estudos..... 29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico para DM 20
Quadro 2 – Critérios para diagnóstico de DM em teste de tolerância à glicose oral 20
Quadro 3 – Medicamentos hipoglicemiantes que podem interferir em abordagem cirúrgica 21
Quadro 4 – Estado glicêmico do paciente diabético para procedimento odontológico 22
Quadro 5 – Medicamentos hiperglicemiantes e hipoglicemiantes 25
Quadro 6 – Medicamentos prescritos a pacientes diabéticos na clínica odontológica 26
Quadro 7 – Comparação entre profilaxia antibiótica no paciente com DM 33
Quadro 8 – Comparação entre abordagem anestésica em paciente diabético 34
Quadro 9 – Prescrição medicamentosa ao paciente diabético 36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 REVISÃO DE LITERATURA 14
2.1 Diabetes mellitus tipo 1 14
2.2 Diabetes tipo LADA 16
2.3 Diabetes mellitus tipo 2 16
2.4 Diabetes mellitus gestacional 17
2.5 Alterações sistêmicas e orais da DM 17
3 MANEJO DE EXODONTIA EM PACIENTE DIABÉTICO 19
3.1 Anamnese 19
3.2 Exames laboratoriais 19
3.3 Cuidados pré-operatório 20
3.4 Profilaxia antibiótica 22
3.5 Uso de anestésicos locais em pacientes diabéticos 23
3.6 Prescrição medicamentosa 24
3.7 Cuidados pós-operatório 27
3.8 Emergências médicas no paciente diabético 27
4 MATERIAL E MÉTODOS 28
5 RESULTADOS/ DISCUSSÃO 30
6 CONCLUSÃO 37
REFERÊNCIAS 38

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) corresponde a um conjunto heterogêneo de distúrbios metabólicos, de origem multifatorial, cuja marca principal é a hiperglicemia crônica devido à deficiência na produção de insulina e/ou à sua utilização inadequada pelo organismo. Aproximadamente 87% a 91% dos casos são classificados como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), enquanto 7% a 12% referem-se ao tipo 1 (DM1), e entre 1% e 3% correspondem às demais formas da doença[1].

Já a definição de Diabetes Mellitus Gestacional **(**DMG**)**, é quando a hiperglicemia é identificada pela primeira vez durante a gestação, caracterizado por diferentes níveis de intolerância à glicose, que podem ou não desaparecer após o parto. É importante diferenciá-lo do diabetes preexistente não diagnosticado, que é identificado na gestação, mas apresenta valores glicêmicos compatíveis com diabetes mesmo fora da gravidez. O DMG é comum e ocorre porque algumas gestantes não conseguem produzir insulina suficiente para compensar a resistência insulínica aumentada pelos hormônios da gestação. Essa condição pode gerar diversas complicações tanto para a mãe quanto para o bebê[2].

Em 2015, aproximadamente 415 milhões de pessoas no mundo tinham DM, correspondendo a uma prevalência de 8,8%. No Brasil, o número estimado era de 14,3 milhões, colocando o país na quarta posição mundial em prevalência, atrás apenas da China, Índia e Estados Unidos. Estima-se que, até 2030, o diabetes possa se tornar a sétima principal causa de morte global. Além do aumento da morbimortalidade, a doença representa um grande desafio econômico: cerca de 12% dos recursos globais destinados à saúde são utilizados no cuidado de pessoas com diabetes e suas complicações, gerando altos custos para famílias, sistemas de saúde e nações[3].

A hiperglicemia favorece o processo aterosclerótico, reduzindo o aporte adequado de nutrientes aos tecidos e, consequentemente, comprometendo a cicatrização. Além disso, em indivíduos com diabetes, níveis elevados de glicose têm sido associados à disfunção das células endoteliais, que desempenham papel fundamental na reparação tecidual. Somado a isso, a hiperglicemia interfere em etapas essenciais da reepitelização, prejudicando a síntese de proteínas, bem como a migração e proliferação de queratinócitos e fibroblastos, células indispensáveis para a regeneração adequada dos tecidos[4].

A cicatrização lenta em pacientes com diabetes descontrolado ocorre por vários mecanismos. A falta de insulina reduz a atividade de moléculas importantes para o reparo tecidual, como TGF-β (Fator de Crescimento Transformador Beta), VEGF (Fator de Crescimento Endotelial Vascular), BMP (Proteína Morfogenética Óssea) e IGF (Fator de Crescimento Semelhante à Insulina), atrasando a proliferação celular e a formação óssea no alvéolo. A hiperglicemia também compromete o sistema imunológico, diminuindo a eficiência dos macrófagos e aumentando o risco de infecções. Além disso, níveis elevados de glicose reduzem a produção de óxido nítrico, causando má circulação e dificultando a chegada de oxigênio e nutrientes ao local da ferida. Quando a glicemia ultrapassa valores muito altos, o organismo produz grandes quantidades de corpos cetônicos, que acidificam o sangue e interferem negativamente na função dos macrófagos e na cicatrização do alvéolo[5].

Além disso, sabe-se que pacientes com diabetes podem apresentar diversas alterações bucais, o que reforça a importância de que cirurgiões-dentistas estejam preparados para diagnosticar, prescrever e manejar esses indivíduos de forma adequada, reduzindo riscos de complicações e promovendo melhor qualidade de vida. Essas manifestações orais geralmente decorrem do mau controle glicêmico e incluem xerostomia, hálito cetônico, infecções oportunistas, doença periodontal e dificuldades de cicatrização. Considerando ainda o grande número de pessoas sem acompanhamento regular de saúde e a elevada presença de fatores de risco para diabetes, torna-se essencial que os dentistas saibam reconhecer sinais da doença durante a consulta odontológica e conduzir o atendimento desses pacientes de maneira segura e adequada[6].

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o diabetes mellitus, sua fisiopatologia e a forma como essa condição sistêmica influencia o atendimento odontológico. Busca-se identificar condutas seguras e apropriadas para o manejo clínico, incluindo a seleção de anestésicos e medicamentos, bem como avaliar a real necessidade de profilaxia antibiótica em procedimentos cirúrgicos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes Mellitus tipo 1

A Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune, resultado de um processo patológico errôneo no qual o sistema imunológico ataca as células beta pancreáticas, mediado por linfócitos T autoimune e produção de autoanticorpos como os anticorpos anti-ilhotas pancreáticas e anti-insulina[7].

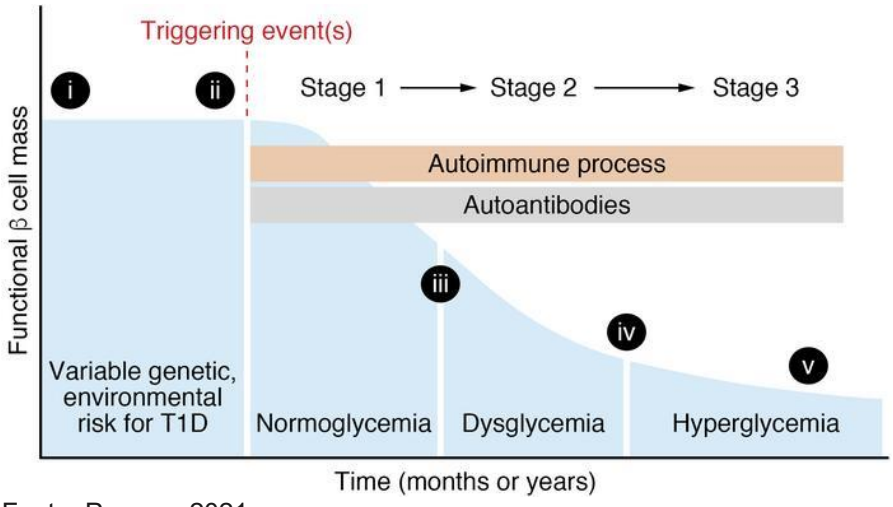
Assume-se que alguns eventos possam desencadear uma resposta do sistema imunológico contra as células beta pancreática, como: infecções virais, dieta, microbiota intestinal, excesso de higiene e interação entre genes e ambiente. Entretanto, o estudo *The Environmental Determinants of Diabetes in the Young* (TEDDY), tem por objetivo evidenciar quais fatores ambientais podem estar realmente envolvidos no processo inicial dessa resposta imunológica[8].

O processo fisiopatológico do DM1 envolve uma sequência de eventos imunológicos progressivos, que ultrapassam a simples destruição das células β pancreáticas. O modelo proposto por Eisenbarth, em 1986, descreve três estágios distintos (figura 1) da evolução da doença. No **Estágio 1**, o indivíduo permanece normoglicêmico, com valores de glicemia, Teste de Tolerância Oral à Glicose (TTGO) e Hemoglobina glicada (HbA1c) dentro da normalidade, porém já apresenta dois ou mais autoanticorpos específicos contra componentes das ilhotas pancreáticas. Esses autoanticorpos não promovem a destruição direta das células β, mas atuam como marcadores do início da autoimunidade. Estudos como o TEDDY demonstram que a presença de múltiplos autoanticorpos antes dos cinco anos de idade confere um risco de 60–80% de desenvolvimento de DM1 entre a adolescência e o início da vida adulta. No **Estágio 2**, ocorre a disglicemia, caracterizada por falhas iniciais na secreção de insulina. Embora o indivíduo ainda não apresente sintomas clínicos, já é possível observar respostas anormais à carga de glicose, refletindo uma perda funcional progressiva das células β. O **Estágio 3** representa a manifestação clínica da doença, com sinais clássicos como poliúria, polidipsia, perda de peso, dor abdominal e vômitos. A hiperglicemia pode variar de leve a grave e, em alguns casos, evolui para cetoacidose diabética (CAD). Na CAD, a deficiência absoluta de insulina leva ao aumento de hormônios contrarreguladores, como glucagon, catecolaminas, cortisol e hormônio do crescimento, favorecendo o catabolismo hepático e renal, a elevação da

glicose circulante, a acidose metabólica e a cetogênese. A destruição das células β é conduzida principalmente por linfócitos TCD4+ e CD8+, que se concentram predominantemente nas ilhotas e nos linfonodos regionais, dificultando sua identificação em circulação periférica. Estudos recentes demonstram também o envolvimento de linfócitos B na modulação desse processo autoimune. Além disso, o próprio esforço metabólico das células β, que produzem insulina em grande quantidade, leva ao estresse do retículo endoplasmático, contribuindo para sua disfunção e morte. Observa-se ainda que alguns indivíduos mantêm células β funcionais por anos após o diagnóstico, evidenciando a heterogeneidade clínica da doença. Alterações nas células α, responsáveis pela secreção de glucagon, também são descritas, incluindo perda de identidade celular, o que prejudica sua função e contribui para a desregulação metabólica característica do DM1[8;9].

O diagnóstico conta com dosagem da glicemia em jejum, da hemoglobina glicada, TTGO, e para diferenciar os tipos de diabete, DM1 ou Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), é realizado a contagem de Peptídeo-C[10;11].

Figura 1 – Estágio da DM1



Fonte: Powers, 2021

Não exclusivo da DM1, mas a xerostomia é frequentemente relatada por pacientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), a alta circulação de glicose na saliva e boca seca são fatores propícios que podem desencadear entre outros problemas como, cárie em esmalte e em raiz (cemento e dentina), este último sendo indicação primária para exodontia, quando frente a lesões extensas e de difícil acesso[12;13].

2.2 Diabetes tipo LADA

Diabetes Autoimune Latente do Adulto (LADA), doença autoimune diagnosticado em adultos a partir de 35 anos, clinicamente semelhante ao diabetes tipo 2, no qual há um autoanticorpo da DM1 associado, foi reconhecida pela Diabetes American Association, como um tipo de DM[14].

Pela Organização Mundial da Saúde foi denominada como “diabetes imuno imediato com evolução lenta”, uma forma hibrida da DM. Em 1970, cientistas descobriram a presença de autoanticorpos ligado as ilhotas pancreáticas, esses anticorpos ajudavam a diferenciar entre a DM1 e a DM2. Primeiro foi descoberto os Anticorpos anti-células das Ilhotas Pancreáticas (ICA), autoanticorpo contra as células das ilhotas, usado para diagnosticar o paciente com DM1. Com as pesquisas, notaram que alguns pacientes diagnosticados como DM2 possuíam o ICA, e no início da doença não se fazia necessário o uso da insulina, mas depois de um período era necessário seu uso. Em 1990, descobriram o Anticorpo anti-GAD (GADA), anticorpo que atacava a enzima descarboxilase do ácido glutâmico (GAD), presente nas ilhotas pancreáticas. Esse autoanticorpo foi o principal marcador para o diagnóstico da DM tipo LADA, pois uma vez diagnosticado, a destruição das células betas ocorria de forma gradual e lentamente, e não havia necessidade de controle com insulina, mas tempo mais tarde o paciente se tornava insulinodependente. O GADA é um anticorpo mais comum no adulto, mas ainda não há uma padronização nos exames laboratoriais para o diagnóstico definido para o tipo LADA[15].

Embora não haja ainda uma padronização, é importante não confundir o DM2 do LADA, no início, uma vez que, a terapia para ambos é diferente. Um diagnóstico errado pode aumentar o risco de cetoacidose diabética (CAD), fazer com o que o paciente necessite de insulina mais rápido. Além do uso de controle da DM2 em pacientes com o tipo LADA que pode desencadear, aceleração das células produtoras de insulina, falência pancreática[16].

2.3 Diabetes Mellitus tipo 2

A diminuição da secreção de insulina pelas células Beta pancreáticas e a resistência periférica do tecido à insulina são os dois fatores preponderantes para a DM2. Pacientes com sobrepeso, apresentam frequentemente a hiperglicemia e hiperlipidemia, favorecendo a resistência à insulina[17].

A deficiência da secreção de insulina, leva um estado de hiperglicemia, e somado a resistência à insulina é desenvolvido a Diabetes tipo 2, que pode desenvolver sem sintomas algum, inclusive sua evolução assintomática, pode comprometer o diagnóstico precoce e adequado controle glicêmico[18].

O tratamento para DM2 requer, perda de peso, apoio psicossocial, controle glicêmico através de medicamentos ou insulinoterapia[19].

2.4 Diabetes Mellitus Gestacional

Os hormônios contrarregulares de insulina sofrem aumento durante o período gestacional, devido a estresse metabólico característico da gestação. Os hormônios são: hormônio lactogênico placentário, hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e a prolactina. Essa ocorrência está associada a DM gestacional[20].

Os sintomas de hiperglicemia característicos que devem ser observados na gestação são: poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia ou visão turva, a agudização desses sintomas podem levar ao óbito. O controle do IMC (índice de massa corpórea), ingestão de carboidrato moderada, atividades físicas, acompanhamento pré-natal, principalmente no primeiro trimestre, são medidas que visam reduzir o impacto da hiperglicemia na gestante e evitar uma diabetes mellitus gestacional (DMG). Também deve ser acompanhado durante o pós-natal para evitar a recorrência em uma próxima gestação ou desenvolvimento de uma DM2[20;21].

O diagnóstico se dá através da monitorização da glicemia durante todo pré-natal, e caso a glicemia em jejum for maior ou igual a 92 mg/dL e menor que 125mg/dL é considerado DMG[22].

2.5 Alterações sistêmicas e orais da DM

A intensidade da resposta inflamatória está intimamente relacionada a hiperglicemia, condição em que o paciente portador de DM, principalmente os descompensados, enfrentam. As células imunes, como monócitos e macrófagos, são ativadas em ambientes rico em glicose e liberam citocinas inflamatórias como TNF-α (Fator de Necrose Tumoral Alfa), IL-1β (Interleucina 1 beta) e IL-6 (Interleucina 6), essas citocinas ativam vias inflamatórias como: NF-kB (fator nucelar kappa B) e STAT3 (Transdutor de Sinal e Ativador de Transcrição 3), essas vias levam a um estágio de inflamação constante, gerando a inflamação crônica que pode causar danos aos órgãos[23].

Nos ferimentos normais, as células como: macrófagos, fibroblastos e células endoteliais trabalham em sincronia, ocorrendo primeiramente a inflamação controlada, formação de novos vasos (angiogênese) e reconstrução tecidual. No diabético, o desequilíbrio desse processo é relacionado a hiperglicemia e desequilíbrio metabólico. Quando há muito açúcar no sangue, há uma reação com proteínas e gorduras, formando AGES (*Advanced Glycation End-products*) ou Produtos Finais de Glicação Avançada. Esses produtos alteram a estrutura da matriz extracelular, tornando-a "dura" e menos funcional, aprisionam células imunes e mantém os macrófagos em estado inflamatório. A resistência a insulina dificulta a absorção de glicose, com isso há menos energia (ATP) para multiplicação das células no local da ferida e fibroblastos e células endoteliais ficam menos ativas, produzindo menos colágeno e formando menos vasos sanguíneos. O estresse oxidativo crônico, permitem uma inflamação em baixo grau e constante, maior liberação de ácido graxos, pela quebra de gorduras, impedindo as células de defesas se regenerarem e funcionarem adequadamente. As citocinas inflamatórias, agravam a resistência a insulina, levando a um ciclo vicioso[24].

As bactérias periodontais, presentes no biofilme subgengival, e os produtos inflamatórios que elas liberam, lipopolissacarídeos – LPS, entram na corrente sanguínea durante o processo infeccioso. Essa invasão na corrente sanguínea ativa o sistema imunológico que libera as citocinas inflamatórias, gerando estresse inflamatório e aumentando os níveis de glicose, piorando o controle glicêmico. Demonstrando assim, a influência do diabetes sobre a doença periodontal e seu agravo[25].

As doenças periodontais, podem comprometer a integridade do dente em boca, podendo causar sua perda. Além do quadro periodontal, a xerostomia é outra condição comum, encontrada em pacientes diabéticos, sua causa etiológica ainda é desconhecida, mas pode ser relacionado ao quadro de neuropatias anatômicas, poliuria e alterações microvasculares e na membrana das glândulas salivares. Sua manifestação causa a diminuição do fluxo salivar e alteração em sua composição, associada as bactérias responsáveis pelo desenvolvimento da cárie que ficam suscetíveis nesse ambiente, devido a oferta de substrato abundante e alteração do pH salivar, desencadeiam o processo de desmineralização do esmalte dentário, dificuldade para falar e deglutição do alimento e risco de cárie. Lesões periapicais, mesmo com devido tratamento endodôntico, em pacientes com glicemia descontrolada, tendem a não cicatrizar, devido alteração microvascular e defasagem na resposta imune[26].

3 MANEJO DE EXODONTIA EM PACIENTE DIABÉTICO

3.1 Anamnese

Primeiramente, deve o cirurgião dentista realizar uma boa anamnese. Por vezes, pacientes diabéticos podem ainda não terem informações de sua condição pré-existente. Uma anamnese completa, investigando tabagismo, etilismo, hipertensão arterial ou qualquer outra complicação pré-existente é fundamental para o conhecimento do CD (cirurgião-dentista) sobre risco e benefício, além de oportunidade cirúrgica para o procedimento. Um exame clínico oral minucioso para investigação da saúde do periodonto, mobilidade dental, são necessários para compreendimento do controle da diabetes[27].

3.2 Exames Laboratoriais

Exames laboratoriais são fundamentais como pré-requisitos para procedimentos cirúrgicos, principalmente em pacientes com complicações sistêmicas pré-existentes. Uns dos exames imprescindíveis, para pacientes com alteração da glicemia é o de hemoglobina glicada, que busca mostrar o controle glicêmico dos últimos 3 meses, TTOG (Teste de Tolerância Oral à Glicose) que busca aferir o nível de glicemia 2 horas após a ingestão de glicose oral e a glicemia em jejum que busca medir o nível de glicose após um período em jejum. Duas alterações na mesma amostra sanguínea, como hemoglobina glicada e glicemia em jejum, caracterizam DM (quadros 1 e 2). Valores que não caracterizam DM, mas estão alterados o suficiente para não ser normal, são caracterizados como pré-diabetes e pré-disposição para DM2 e alteração cardiovascular, podendo ser realizado terapia não medicamentosa ou associado a fármacos[27;28].

Quadro 1 – Critérios de diagnóstico para DM

Exame Laboratorial	Referência	Pré-Diabético	DM
Hemoglobina Glicada	A1c até 5,7%	A1c > 5,7% e < 6,4%	A1c ≥ 6,5%
Glicemia em Jejum	≥70mg/dL e ≤ 100mg/dL	≥101 mg/dL e ≤ 125mg/dL	≥ 126mg/dL
Glicemia pós-prandial de 2 horas	-	-	≥200mg/dL
Glicemia aleatória (qualquer horário)	-	-	≥200mg/dL em pacientes sintomáticos

Fonte: Adaptado de Rocha, 2022.

Quadro 2 – Critérios para diagnóstico de DM em teste de tolerância oral à glicose

Exame Laboratorial	Referência	Pré-diabetes	DM
Glicemia de 1 hora no TTOG	< 155mg/dL	155mg/dL – 208mg/dL	≥209mg/dL
Glicemia de 2 horas no TTOG	< 140mg/dL	140mg/dL – 199mg/dL	≥200mg/dL

Fonte: Adaptado de Rodacki, 2024.

3.3 Cuidados pré-operatório

Pacientes que serão submetidos a anestesia geral ou sedação profunda, devem realizar a suspensão de medicamentos antidiabéticos, quando possível, numa decisão multidisciplinar entre o cirurgião dentista, anestesista e endocrinologista. É o caso de medicamentos como Ozempic® e Mounjaro®, que são agonistas de GLP-1. Esses medicamentos retardam o esvaziamento gástrico, podendo ocasionar aspiração pulmonar durante o procedimento operatório (quadro 3). Eles não inibem diretamente a enzima do citocromo P450, responsável por metabolizar os medicamentos no fígado, mas podem alterar a absorção de medicamentos orais como ansiolíticos e analgésico utilizado no pré-operatório pelo CD. Os demais uso das “canetas emagrecedoras” e sua interação na odontologia ainda são desconhecidas e há poucos estudos recentes[29-31].

Quadro 3 – Medicamentos hipoglicemiantes que podem interferir em abordagem cirúrgica

Fármaco	Conduta
Metformina	Considerar suspensão no dia da cirurgia
Tiazolinedionas	Mantida ambulatoriamente em cirurgias eletivas, desde que não seja cardíaca
Análogo de GLP-1	Considerar suspensão
Inibidor de DPP-4	Manutenção recomendada
Inibidor de SGLT-2	Suspender de 3-4 dias antes do procedimento cirúrgico
Inibidor de alfa-glucosidade	Suspender no dia da cirurgia
Sulfonilreias	Suspender 24h antes da cirurgia
Glinidas	Suspender no dia da cirurgia
Insulina Prandial	Evitar durante o jejum. Utilizar em correção eventual
Insulina Intermediária (NPH)	Manter dose em noite anterior ao procedimento cirúrgico e reduzir 50% a dose da manhã até o horário do fim do jejum.
Insulina Basal (longa duração)	Manter ou diminuir em 20-30% a dose a partir da noite anterior à cirurgia. Pacientes com maior proporção de basal, esta redução pode chegar a 50%
Insulina Basal (Ultralenta)	Manter ou diminuir em 20-30% a dose 72h antes da cirurgia. Em pacientes com maior proporção de basal, esta redução pode chegar a 50%

Fonte: Adaptado de Marino, 2023.

A glicemia deve ser monitorada antes, durante e depois da cirurgia, a fim de evitar um quadro de hipoglicemia profunda ou hiperglicemia (quadro 4)[32].

Quadro 4 – Estado glicêmico do paciente diabético para procedimento odontológico

Paciente - Risco	Características	Tratamento simples	Tratamento cirúrgico
Baixo	Controle médico, sem sintomas ou complicações, glicose em jejum <200mg/dL, HbA1c 7% - glicosúria mínima (1+)	Exames. radiografias, orientação de higiene, restaurações, profilaxia supragengival, RACR, endodontia	Extrações simples e complexas, cirurgias periodontais e paraendodonticas.
Médio	Controle glicêmico moderado com medicamento, sem sintomas e poucas complicações, glicose em jejum <250mg/dL, HbA1c 7-9%, glicosúria média (0-3+), sem cetonas		Extracao simples, gengivoplastia, após ajuste de insulina, outros procedimentos necessários hospitalizar.
Alto	Descontrolado, sintomatológico, complicações, glicemia em jejum >250mg/dL, HbA1c >9%, glicosúria alta (4+), cetonuria ocasional	Exames/radiografias, orientação de higiene em paciente hospitalizado	Não realizar atendimentos eletivos, hospitalização e controle glicêmico pelo médico.

Fonte: Adaptado de Silva, 2020.

Pela manhã, há um pico de secreção de insulina e a produção de corticoesteroides endógenos que pode compensar a tolerância dos pacientes em procedimentos que aumentem a adrenalina e a glicemia, diante de situação de estresse. Sendo recomendado consultas nos primeiros horários do dia e consultas não longas. Pedir para o paciente se alimentar normalmente e fazer o uso da insulina[33-36].

3.4 Profilaxia antibiótica

A hiperglicemia crônica descompensada, quando a glicemia em jejum supera 200mg/dL, pode levar a um risco maior de infecção, é preconizado antes do

atendimento profilaxia antibiótica com Amoxicilina 2g, 1 hora antes do procedimento, por via oral e para pacientes alérgicos a Penicilina, 2g de Cefalexina ou 500mg de Azitromicina 1 hora antes do procedimento por via oral. Entretanto há estudos que demonstram que não é necessário profilaxia antibiótica no pré-operatório em diabéticos descompensados, mas é necessário antibioticoterapia no pós-operatório e intervenção cirúrgica somente em emergência odontológica com controle da insulina pelo médico responsável e posteriormente procedimento odontológico, se necessário realizar internação[37-42].

3.5 Uso de anestésicos locais em pacientes diabéticos

O uso de anestésicos locais associados a vasoconstritores adrenérgico deve ser evitado em pacientes diabéticos descompensados, uma vez que a adrenalina pode estimular a glicogenólise, aumentando os níveis glicêmicos circulantes. Entre os vasoconstritores de uso odontológico, a epinefrina, a norepinefrina e a levonordefrina podem ser utilizadas apenas em pacientes com diabetes controlado, sempre respeitando-se a dose máxima recomendada e a monitorização clínica. A combinação de prilocaína e felipressina é considerada mais segura nesses casos. Ainda assim, mesmo em pacientes controlados, é possível observar elevação transitória da glicemia, devendo ser administrado com precaução e com uma conduta individualizada[43-45]. Entretanto há estudos que demonstram que o estresse do procedimento que o paciente é submetido aumentam os níveis de glicose no sangue, e que o uso de anestésico local com adrenalina em diabéticos controlados, não apresentou nenhum risco clínico[45].

Para as portadoras de diabetes gestacional, podem fazer o uso de vasoconstritores, epinefrina, desde que em situações controladas, com atendimento interdisciplinar, com monitoramento do nível de glicose. Preferencialmente os atendimentos eletivos devem ser realizados no segundo trimestre de gestação e em casos de urgências deve-se analisar se o risco de infecção oral é maior para o risco materno ou fetal, senão tratada, ao que o uso de anestésico[46].

3.6 Prescrição medicamentosa

Alguns anti-inflamatórios não-esteroidais, como o Ácido Acetil Salicílico (AAS), podem competir com os hipoglicemiantes orais pelos mesmos sítios de ligação com proteínas plasmáticas, deslocando-as e impedindo a ligação. Assim, esses hipoglicemiantes podem ter seu efeito potencializado, ocasionando um quadro de hipoglicemia. Contudo, para o cirurgião-dentista prescrever antinflamatórios não-esteroidais para um paciente diabético, deve-se trocar informações com o médico dele. Os anti-inflamatórios mais indicados para pacientes diabéticos são benzidamina e diclofenaco. Alguns tipos de fármacos são considerados hiperglicemiantes e hipoglicemiantes, sendo seu uso racional em pacientes diabetes[33].

Pacientes que fazem uso de metformina e glibenclamida, deve-se prescrever com precaução ibuprofeno, principalmente em idosos, que possuem menor albumina sérica, e diabéticos descompensados, devido a interação medicamentosa que o ibuprofeno sofre, podendo causar episódio hipoglicemiante e se usado de forma crônica pode necessitar de ajuste dos antidiabéticos orais, assim como o AAS, principalmente associado com uso de glibenclamida. Diclofenaco deve ser evitado sua prescrição para pacientes com uso de glibenclamida, devido abertura de canais de potássio no pâncreas reduzindo a liberação de insulina. Em pacientes compensados é preferível a prescrição de AIES como betametasona e dexametasona (4 a 8g em dose única)[27;33;47].

O quadro 5 ilustra a interação medicamentosa dos fármacos e seus efeitos na glicemia dos pacientes diabéticos.

Quadro 5 – Medicamentos hiperglicemiantes e hipoglicemiantes

Principais fármacos potencialmente	
Hiperglicemiantes	**Hipoglicemiantes**
Analgésico: Opioide (Meperidina)	Anti-inflamatórios: AINES (Ácido Acetil Salicílico, Ibuprofeno
Antidepressivo: Amitriptilina, Clomipramina, Desipramina, Imipramina, Nortriptilina, Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina.	Anti-hipertensivos: Benazepril, Captopril, Cilazapril, Delapil, Enalapril, Fosinopril, Lisinopril, Perindopril, Quinapil, Ramipril, Trandolapril, Candesartana, Eprosartana, Ibesartana, Losartana, Telmisartan, Valsartana, Anlodipino, Diltiazem, Felodipina, Nicardipína, Nifedina, Verapamil.
Antiepilépticos: Carbamazepina, Fenitoína	Antimicrobianos: Ciprofloxacino, Delafloxacino, Gatifloacino, Gemifloxacino, Levofloxacino, Moxifloxacino, Norfloxacino, Ofloxacino, Sulfametoxazol-Trimetoprim
AIES: Beclometasona, Dexametasona, Hidrocortisona, Prednisolona, Prednisona.	Estabilizador de humor: Lítio
Anti-Hipertensivos: Atenolol, Metoprolol, Propanolol, Clonidina, Diazóxido, Bumetamida, Furosemida, Clortalidona, Hidroclorotiazida, Indapamida.	Tratamento da Hiperuricemia: Alopurinol
Antimicrobiano: Isoniazida	
Antiprotozoário: Pentamidina	
Antipsicóticos: Amissulprida, Aripiprazol, Clorpromazina, Clozapina, Haloperidol, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona	
Antiviral: Atazanavir, Lipinavir, Ritonavir, Saquivavir, Interferon alfa	
Broncodilatadores: Fenoterol, Formoterol, Metaproterenol, Salbutamol, Salmeterol, Terbutalina	
Hipolipemiantes: Atorvastatina, Lovastatina, Sinvastatina, Pravastatina, Rosuvastatina, Niacina.	
Hormônios: Progesterona, Levotiroxina, Hormônio do crescimento	
Imunossupressores: Ciclosporina, Tacrolimus	
Tratamento do tabagismo: Nicotina	

Fonte: Adaptado de Domingueti, 2025.

O quadro 6 elucida os fármacos recomendados e os que deverão ser utilizados com cautela para pacientes diabéticos, na clínica odontológica.

Quadro 6 – Medicamentos prescritos a pacientes diabéticos na clínica odontológica

Classe	Posologia	Observação
Analgésico	• Paracetamol: 750mg de 6h em 6h • Dipirona: 500mg de 4h em 4h	Paracetamol é o AINES de escolha, enquanto a Dipirona pode ser prescrita com precaução por ser discreto hiperglicemiante
Anti-inflamatórios:	• Betametasona: 2 a 4mg – 1h antes do procedimento (dose única) • Dexametasona: 4 a 8mg – 1h antes do procedimento (dose única) • Ibuprofeno: 600mg de 6h em 6h durante 3 dias	AIES: melhor opção para pacientes diabéticos. AINES: indicar com precaução sendo o Ibuprofeno medicamento de escolha, menos em caso de suspeita de dengue.
Antibióticos	• Amoxicilina VO 2g – 1h antes do procedimento • Ampicilina IM/IV 2g -1h antes do procedimento • Cefazolina IM/IV 1g – 1h antes do procedimento • Amoxicilina VO – dose de manutenção: 500mg de 8h em 8h durante 7 dias • Claritromicina/Azitromicina (profilaxia antibiótica para alérgicos à Penicilina): 500mg – 1h antes do procedimento • Clindamicina (Dose de manutenção: 300mg de 8h em 8h durante 7 dias	Antibióticos podem ser usados sem contraindicações, vide observações médica do paciente sobre alergia medicamentosa. Clindamicina pode ser usado em caso de paciente alérgico à Penicilina para dose de manutenção

Fonte: Elaboração própria, 2025. Adaptado de Rocha *et al.*, (2022) e Vidović *et al.*,(2024).

3.7 Cuidados pós-operatório

Alguns cuidados são indispensáveis, a fim de manter a posição do coágulo e permitir a reparação tecidual. É necessário recomendar ao paciente para evitar bochechos, não cuspir e escovar com cuidado, evitar uso de canudos. Pacientes com DM por terem atividade do colágeno alterada e a vascularização, tendem a ter mais riscos de desenvolverem alveolite[48;49].

No pós-operatório, momento que se iniciará o reparo tecidual, é indispensável que o paciente continue realizando seu controle glicêmico. Controle glicêmico alterado pode retardar a cicatrização, A hiperglicemia prejudica a cicatrização de feridas porque aumenta o dano causado por radicais livres. Isso ocorre devido à redução da atividade das enzimas antioxidantes (glutationa peroxidase e superóxido dismutase). Como consequência, há maior acúmulo de AGES (Produtos Finais de Glicação Avançada) e ativação de vias metabólicas (poliol, hexosamina, PKC e AGE) que elevam a produção de espécies reativas de oxigênio **(**ROS**)[50]**.

Embora ROS sejam úteis no início da cicatrização**,** o excesso delas atrapalha fases posteriores, causando danos ao suprimento sanguíneo e aos nervos periféricos, levando a disfunções sensoriais, motoras e autonômicas. Isso aumenta o risco de lesões, infecções e úlceras, tornando a pele mais vulnerável e dificultando a cicatrização[51;52].

3.8 Emergências Médicas no paciente diabético.

A hipoglicemia é uma emergência médica comum no paciente diabético ou não diabético na clínica odontológica. Os sintomas descritos são: ansiedade, palidez, sudorese, fraqueza, taquicardia, sensação de fome e dificuldade visual. Identificada a condição é necessário pedir para o paciente ingerir um carboidrato de rápida ingestão e aferir novamente o nível de glicose[27;53].

Em casos de hiperglicemia, para valores acima da referência da glicemia capilar (>250mg/dL), os sintomas incluem: sonolência, hálito cetônico, polidipsia, poliúria e náuseas. Deve-se então checar os sinais vitais, deixar o paciente confortável, administrar insulina e oxigênio conforme orientação médica. O procedimento não deve ser retomado, sendo necessário sua suspensão e encaminhar o paciente para uma unidade hospitalar[1;27;32].

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura. As buscas foram realizadas nas bases *PubMed, SciELO*, *Research Society Development (RSD)*, *Brazilian Journal of Health Review*, *PMC* e no *Google* Acadêmico. A *SciELO* foi consultada na etapa de busca, embora nenhum estudo incluído tenha sido obtido exclusivamente por ela, em razão de indisponibilidade de links em determinados artigos.

Foram considerados estudos publicados entre 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os critérios de inclusão contemplaram duas categorias principais de estudos:

1. Artigos clínicos, que abordavam diretamente exodontias em pacientes diabéticos, incluindo condutas, complicações, uso de anestésicos/vasoconstritores, prescrição medicamentosa e profilaxia antibiótica;
2. Artigos de base teórica, que, embora não tratassem especificamente da exodontia, apresentavam conteúdo relevante para a compreensão dos mecanismos envolvidos no cuidado ao paciente diabético, tais como:
    - fisiopatologia da diabetes mellitus;
    - resposta inflamatória e imunológica;
    - cicatrização tecidual;
    - risco de infecções;
    - uso de medicamentos sistêmicos.

Também foram incluídos, pela relevância científica, estudos amplamente referenciados publicados entre 2018 e 2019, além de documentos técnicos classificados como literatura cinzenta, como o Manual do Ministério da Saúde e o Protocolo Clínico do HCor.

Foram excluídos trabalhos de conclusão de curso, fontes sem rigor científico, estudos que não apresentavam relação com diabetes ou cicatrização, e duplicatas. No total, foram identificados 75 estudos, dos quais 53 atenderam aos critérios de elegibilidade e compuseram a amostra final.

Os resultados foram sintetizados e apresentados em três quadros comparativas, permitindo avaliar diferenças entre autores quanto à:

1. profilaxia antibiótica,
2. prescrição medicamentosa, e
3. uso de anestésicos e vasoconstritores no atendimento odontológico de pacientes diabéticos.

Figura 2 – Fluxograma de seleção de estudos

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

5 RESULTADOS/ DISCUSSÃO

A discussão dos achados da revisão de literatura integrativa permite comparar as diferentes propostas dos autores em relação a abordagem ao paciente diabético na clínica odontológica em relação, principalmente, ao contexto cirúrgico. Abordado desde a fisiopatologia da doença (DM1, DM2, LADA, DMG) até a conduta clínica sobre anamnese, exames laboratoriais, cuidados pré e pós cirúrgicos, terapêutica medicamentosa, vasoconstritores, sendo possível, desta forma, integrar os pontos de convergências e divergência entre os autores, destacando implicações clínicas para a exodontia.

A revisão de literatura identificou estudos publicados entre 2018 e 2025 que abordaram controle glicêmico, fisiopatologia do diabetes, cicatrização e condutas odontológicas. Os achados mostraram que a hiperglicemia crônica descompensada prejudica a imunidade, a angiogênese e o reparo tecidual, aumentando o risco de infecção após procedimentos cirúrgicos. Por isso, alguns autores indicam profilaxia antibiótica pré-operatória, enquanto outros afirmam que ela não é necessária, mesmo em diabéticos descompensados, desde que o procedimento seja restrito a emergências, com antibioticoterapia pós-operatória e controle médico rigoroso [37–42].

Em relação ao diabetes gestacional, o uso de epinefrina é permitido quando há monitorização glicêmica e avaliação interdisciplinar, sendo recomendados procedimentos eletivos no segundo trimestre. Em urgências, deve-se avaliar o risco infeccioso versus o risco materno-fetal[46].

Os estudos destacam que pacientes que serão submetidos à anestesia geral ou sedação profunda devem suspender ou ajustar certos antidiabéticos, especialmente os agonistas GLP-1 (Ozempic®, Mounjaro®), devido ao risco de esvaziamento gástrico retardado e potencial aspiração. Apesar do amplo uso dessas medicações, ainda há escassez de estudos sobre sua interação com tratamentos odontológicos[29-31].

A diabetes, dentre as etiologias diferentes, compartilha o ponto central que é a hiperglicemia crônica como fator capaz de gerar inflamação sistêmica, destruição metabólica e prejuízo a cicatrização. Tanto na DM1, que é caracterizada por autoimunidade mediada por linfócitos T e autoanticorpos específicos como ICA e anti-insulina, quanto na DM tipo LADA, que também apresenta destruição autoimune das células β, porém com progressão de início mais lenta após os 35 anos, observa-se a

perda progressiva da capacidade de secreção de insulina[7-9;14-16]. Já na DM2 predomina a resistência periférica associada a secreção deficiente, agravada pelo sobrepeso e hiperlipidemia, enquanto na DMG o quadro ocorre devido a aumento de hormônios contrarreguladores próprios da gestação, que causa uma hiperglicemia transitória, mas com repercussão transitória semelhante[17-19;20-22].

Em todos os pacientes diabéticos descompensados a alta concentração de glicose ativa monócitos e macrófagos, liberando assim, citocinas inflamatórias, como a TNF-α, IL-1β, IL-6 e à ativação de vias como a NF-κB e STAT3, resultando em inflamação persistente e dano ao órgão cumulativo[23]. O desequilíbrio energético causado pela resistência insulínica reduz a disponibilidade de ATP, que diminui a atividade de fibroblastos, macrófagos e células endoteliais, reduzindo colágeno e angiogênese, etapas essenciais para a cicatrização[24].

A hiperglicemia persistente altera o meio bucal, a relação entre doença periodontal e DM está ligada pela atividade das bactérias e seus lipopolissacarídeos, que entra em circulação e exacerba a resposta inflamatória elevando ainda mais o índice glicêmico, uma relação bidirecional que gera prejuízos significativos na cicatrização bucal[25;26]. Além das manifestações orais como xerostomia, que propiciam o surgimento da cárie, associada a disponibilidade de substrato, cárie radicular, retardam cicatrização de feridas cirúrgicas e inflamatórias, mesmo que tratados adequadamente, evidente principalmente em pacientes com DM mal controlada[24;26].

O primeiro passo essencial para identificar a questão do DM e seu controle, em pacientes na clínica odontológica consiste em uma boa anamnese e exame clínico, visto que muitos indivíduos desconhecem sua própria condição. Investigar outras condições sistêmicas e sua inter-relação, permite ao CD avaliar riscos e definir oportunidade cirúrgica[27]. Contemplar exames laboratoriais informa ao especialista o controle do estado sistêmico do paciente, sendo parâmetro para condutas cirúrgicas ou procedimentos simples ambulatoriais. Testes como glicemia em jejum, hemoglobina glicada, TOGT, permitem diferenciar relação normal, pré-diabetes e diabetes, bem como seu controle, reforçando um procedimento seguro e evitando riscos ao paciente na cadeira, durante seu atendimento[27;28].

O conhecimento do CD da condição do paciente permite a ele estabelecer critérios de atendimento, bem como horários reduzidos de atendimento, atendimento logo pelo período da manhã, informações sobre a terapia medicamentosa do paciente permite ao especialista conduzir o caso sabendo o risco de associações

medicamentosas e quais condutas ele pode adotar numa abordagem multiprofissional com o médico responsável, monitorização da glicemia durante o pré-operatório, transoperatório e pós-operatório[29-32;33-36].

A falta de consenso na literatura, as condutas de profilaxia antibiótica variam entre autores, há autores que prescrevem 1g de amoxicilina profilática em paciente diabético, por um menor risco de endocardite, mas sim de infecção recorrente, devido ao diabetes[37].

O quadro 7 sintetiza essas abordagens e evidencia como cada especialista orienta sua aplicação em pacientes diabéticos.

Quadro 7 – Comparação entre profilaxia antibiótica no paciente com DM

Autor/Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Conclusão
Vidović.; et al. 2024.	Antibiotic Prophylaxis Prior to Dental Procedures	Revisão narrativa da literatura	Revisar as recomendações atuais sobre o uso de profilaxia antibiótica em procedimentos odontológicos.	As diretrizes de profilaxia antibiótica são atualizadas e devem ser individualizadas.
Matos, T. S.; Oliveira, M. S. C.; Santos, F. J. M. M.; Almeida Júnior, P. 2024.	Profilaxia antibiótica na odontologia: quando e como usar?	Revisão de literatura	Revisar a literatura científica sobre a profilaxia antibiótica na odontologia, identificando suas indicações e protocolos, especialmente em pacientes com risco sistêmico aumentado.	A profilaxia antibiótica deve ser criteriosa e baseada em evidências, indicada apenas para pacientes de alto risco.
Ministério da Saúde (Brasil), 2018	A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde	Documento técnico / Cartilha institucional	Apresentar as diretrizes, ações e políticas públicas relacionadas à promoção da saúde bucal no âmbito do SUS, destacando a integração da atenção básica e especializada.	Adoção de medidas preventivas, como a profilaxia antibiótica em casos indicados, especialmente em pacientes com condições crônicas como o diabetes.
McGregor, J. C. et al., 2024	The effect of antibiotic premedication on postoperative complications following dental extractions	Estudo de coorte retrospectivo	Avaliar a associação entre o uso de profilaxia antibiótica e complicações pós-exodontia em pacientes atendidos no sistema de saúde dos veteranos (EUA).	O estudo não observou efeito protetor significativo da profilaxia antibiótica sobre complicações pós-exodontia, inclusive em pacientes diabéticos..
Sykara, M. et al., 2022	The necessity of administrating antibiotic prophylaxis to patients with diabetes mellitus prior to oral surgical procedures – A systematic review	Revisão sistemática	Revisar as evidências científicas sobre a necessidade de profilaxia antibiótica em pacientes com diabetes mellitus submetidos a procedimentos cirúrgicos orais.	Há falta de consenso e de evidências científicas que comprovem a eficácia da profilaxia antibiótica em diabéticos. Indicar antibióticos apenas em casos específicos, como em implantes, até que novos estudos clínicos robustos sejam realizados.
Mendes, P.G.J. et al., 2023	Efficacy of antibiotic prophylaxis on third molar extraction	Ensaio clínico randomizado	Avaliar o efeito da profilaxia com antibióticos no curso clínico pós-operatório das exodontias de terceiros molares.	A profilaxia antibiótica não apresentou benefícios significativos na cicatrização, edema ou abertura bucal.

Fonte: Elaborada pela autora, 2025

Sobre anestesia local, os estudos apontam que vasoconstritores adrenérgicos devem ser evitados em pacientes descompensados, devido ao risco de aumento da glicemia. Em indivíduos com diabetes controlado, epinefrina, norepinefrina e levonordefrina podem ser utilizadas com cautela, enquanto a combinação prilocaína + felipressina é considerada mais segura para descompensados[43–45]. Entretanto, evidências recentes mostram que o estresse do atendimento já eleva a glicose por si só, e que o uso de adrenalina em pacientes controlados não gerou riscos clínicos significativos[45].

Quanto ao emprego de vasoconstritores foi sintetizado no quadro 8 as perspectivas de diferentes autores.

Quadro 8 – Comparação entre abordagem anestésica em paciente diabético

Autor/Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Conclusão
Kumari, *et al*., 2024.	Effect of Local Anesthesia with and without the Vasoconstrictor on Blood Glycemic Level in Diabetic Patients Undergoing Tooth Extractions	Ensaio clínico controlado	Avaliar o efeito da anestesia local com e sem adrenalina sobre o nível glicêmico em exodontias.	Uso de vasoconstritor em diabético tipo 2 não insulino-dependente leva uma elevação do nível glicêmico.
Sousa, *et al*., 2022.	Atendimento de pacientes diabéticos na Odontologia	Revisão de literatura com abordagem exploratória	Descrever a importância dos conhecimentos teóricos e práticos no atendimento odontológico a pacientes com diabetes mellitus.	Cautela na escolha do anestésico local em pacientes diabéticos, priorizando soluções com menor concentração de vasoconstritor.
Agani, Z. et al. 2022.	The changes in levels of blood cortisol, glucose, and oxygen saturation in type 2 diabetic patients during tooth extraction	Ensaio clínico controlado comparativo	Avaliar cortisol, glicose e oxigenação em diabéticos tipo 2 durante a extração, considerando o tipo de anestesia.	A anestesia com vasoconstritor mostrou-se segura em pacientes diabéticos controlados, além de estar associada a menor percepção de dor.
Urîtu et al., 2025	Review of the Safety and Clinical Considerations of Vasoconstrictor Agents in Dental Anesthesia During Pregnancy	Revisão narrativa sistematizada	Avaliar a segurança e implicações clínicas do uso de vasoconstritores em anestesia odontológica durante a gestação	O uso cauteloso de epinefrina em baixas doses é seguro e recomendado em gestantes, enquanto levonordefrina e felipressina devem ser evitadas.

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

As inúmeras interações entre AINES, corticoides e hipoglicemiantes, são de extrema importância para prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios para pacientes diabéticos na clínica odontológica (quadro 9).

Quadro 9 – Prescrição medicamentosa ao paciente diabético

Autor/Ano	Título	Tipo de Estudo	Objetivo	Conclusão	Observação
Caroline Pereira Domingueti, 2023	Exames laboratoriais e o cuidado farmacêutico ao paciente com diabetes mellitus: uma revisão da literatura	Revisão da literatura	Abordar o DM e os exames usados para triagem, diagnóstico e monitoramento do DM1, DM2 e gestacional.	Destaca a importância do acompanhamento laboratorial para prevenção de complicações e ajuste da terapia medicamentosa, considerando que alguns fármacos podem alterar a glicemia.	AIES (como dexametasona e prednisona) podem causar hiperglicemia, enquanto AINES (como ácido acetilsalicílico e ibuprofeno) têm potencial hipoglicemiante e requerem monitoramento glicêmico.
Santos, C. R. L. *et al*., 2023.	O uso de AINES e fármacos hipoglicemiantes por idosos diabéticos: interações e farmacoterapia	Revisão integrativa	Avaliar as interações medicamentosas entre anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e medicamentos utilizados no tratamento do DM2.	AINEs podem interagir com hipoglicemiantes: AAS e ibuprofeno em baixas doses têm efeitos positivos; o diclofenaco pode causar interações prejudiciais e exige cautela.	
Rocha, I. M. S.; Costa, L. B.; Rodrigues, R. V. (2022)	Diabetic patient in the dental clinic: care protocol	Revisão de Literatura	Apresentar a relação entre DM e o tratamento odontológico, com protocolo clínico e cuidados no manejo desses pacientes.	O DM descompensado gera complicações orais e sistêmicas, destacando a importância da anamnese e do controle glicêmico no atendimento.	AINEs exigem cautela por potencializarem hipoglicemiantes. Dipirona pode elevar a glicemia; paracetamol é mais seguro. Corticoides são preferíveis em diabéticos compensados.
Labolita, K.A. et al., 2020	Assistência odontológica a pacientes diabéticos	Revisão de literatura	Analisar as manifestações bucais no DM e o manejo odontológico adequado, com condutas clínicas e atuação interdisciplinar.	Entender o diabetes é essencial para um manejo seguro, com conduta individualizada e apoio multidisciplinar para prevenir complicações.	Alguns AINEs podem intensificar hipoglicemiantes; uso deve ser avaliado com o médico. Preferem-se benzidamina e diclofenaco.

Fonte: Elaborada pela autora, 2025.

6 CONCLUSAO

Os cuidados no atendimento odontológico de pacientes com diabetes mellitus exigem do profissional conhecimento detalhado da história médica atual e pregressa, incluindo o controle da condição sistêmica e a terapia medicamentosa utilizada. Compreender o paciente de forma integral permite que o cirurgião-dentista vá além do tratamento da condição bucal, promovendo uma escuta qualificada, avaliando o entendimento do paciente sobre sua própria condição e incentivando o controle metabólico, compartilhando a responsabilidade terapêutica. Além disso, o domínio do profissional sobre o diabetes é fundamental para planejar o atendimento, definir o tempo de consulta e selecionar condutas e recursos adequados ao manejo clínico e cirúrgico, garantindo segurança tanto ao paciente quanto ao cirurgião-dentista.

Há divergências entre os profissionais quanto a necessidade profilaxia antibiótica em pacientes diabéticos compensados e descompensados, a literatura tende a recomendar maior cautela. O uso de vasoconstritores com epinefrina não apresenta risco significativo isolado para emergências odontológicas em pacientes diabéticos e certas medicações podem ser empregadas com segurança. Não há um protocolo formalizado para o atendimento odontológico em pacientes diabéticos, apenas diretrizes gerais, dessa forma cabe ao cirurgião-dentista compreender integralmente a condição sistêmica do paciente, realizando um atendimento individualizado visando segurança no procedimento.

REFERÊNCIAS

1 - Caixeta ACM, de Magalhães EA, Duarte MD da R, Gonçalves O, Ramos SB, Santos BM de O. O paciente com Diabetes Mellitus tipo 2 com glicemia descompensada: onde está a falha? / The patient with type 2 Diabetes Mellitus with decompensated glycemia: where is the failure?. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 8abr2020 [citado 15nov.2025]; 3(2):2829-46. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/8526

2 - Oliveira ACV, Silva OBRG da, Souza LB, Ravagnani BB, Guimarães LCR, Souza IB, Inês PAC. Diabetes Mellitus Gestacional: uma revisão narrativa. REAS [Internet]. 10maio2021 [citado 15nov.2025]; 13(5):e7080. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7080

3 - Marques MV, Santos SSAN, Lima MV, Matos MKM, Pereira SM, Amador AE. Distribuição espacial da mortalidade por diabetes no Brasil. Rev Saude Desenv Hum. [Internet]. Nov.2020; 8(3):113-22. doi:10.18316/sdh.v8i3.6135. [citado em 15nov.2025] Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/6135

4 - Burgess JL, Wyant WA, Abujamra BA, Kirsner RS, Jozic I. Diabetic wound-healing science. Medicina (Kaunas) [Internet]. 2021;57(10):1072. doi: 10.3390/medicina57101072. [citado em 15nov.2025] Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8539411/

5 - Gazzaz AZ, Aljohani S, Gazzaz NM, Gari AM, Alharbi MA, Badr MM. Poor oral hygiene and diabetes mellitus type II: a case-control study. The Saudi Dental Journal [Internet]. 2020;32(2):80–87. doi: 10.1016/j.sdentj.2019.07.004. [citado em 15nov.2025] Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6950840/

6 - Conhecimento dos estudantes de odontologia sobre a inter-relação e o manejo do diabetes mellitus na saúde bucal. Rev. da Fac. de Odontologia, UPF [Internet]. 28º de julho de 2024 [citado em 15nov.2025]; 29(1). Disponível em: https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/16073

7 - Sampaio VVL, Ayres JCZ, Borges LM, Cruz NS, Sabino IM de O. Diabetes Mellitus tipo 1 - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 6out2023. [citado em 16set.2025]; 6(5):24239-4. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63739

8 - Powers AC. Type 1 diabetes mellitus: much progress, many opportunities. J Clin Invest. [Internet]. 2021; 131(8):e142242. doi: 10.1172/JCI142242. [citado em 16set.2025]. Disponível em: https://www.jci.org/articles/view/142242/pdf

9 - Casseb ALD, Rocha NO, Marques RI, Stuchi-Perez EG. Manejo de cetoacidose diabética: revisão sistemática. CuidArte Enferm [Internet]. 2022; 16(2):266-73. [citado em: 16set.2025]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1434975

10 - Almeida YF, Viana LM, Caixeta LVV, Vieira Y de A, Alves BLR, Cardoso A de S. Qualidade de vida em mulheres com Síndrome do Ovário Policístico. REAS [Internet]. 14nov.2019 [citado 16set.2025] ;(35):e1464. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1464

11 - Müller VM, Costa JB de O, Vasconcelos JSC de, Santos GC dos, Soares DA. Diabetes tipo 1 e suas principais complicações. REAS [Internet]. 22jan.2024 [citado 16set.2025];24(1):e14646. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14646

12 - Alqadi SF. Diabetes mellitus and its influence on oral health: review. Diabetes Metab Syndr Obes [Internet]. Jan.2024; 17:107–20. doi:10.2147/DMSO.S426671. [citado em 16set.2025] Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10785684/

13 - Souza EC de, Vicente DL, Souza JHN Júnior. Cárie radicular: uma doença bucal prevalente em idosos. Braz J Implantol Health Sci [Internet]. Ago.2025;7(8):974–85. doi:10.36557/2674-8169.2025v7n8p974-985. [citado em 16nov.2025] Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/6222/6076

14 - Hu J, Zhang R, Zou H, Xie L, Zhou Z, Xiao Y. Latent autoimmune diabetes in adults (LADA). Front Endocrinol [Internet]. Jul.2022; 13:917169. doi:10.3389/fendo.2022.917169. [citado em 9out.2025] Disponível em: https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2022.917169/full

15 - Jones AG, McDonald TJ, Shields BM, Hagopian W, Hattersley AT. Latent autoimmune diabetes of adults (LADA) is likely to represent a mixed population of autoimmune (type 1) and nonautoimmune (type 2) diabetes. Diabetes Care [Internet]. Jun.2021;44(6):1243–51. doi:10.2337/dc20-2834. [citado em 9out.2025] Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article-abstract/44/6/1243/138682/Latent-Autoimmune-Diabetes-of-Adults-LADA-Is?redirectedFrom=fulltext

16 - Vich-Pérez P, Abánades-Herranz JC, Mora-Navarro G, Carrasco-Sayalero ÁM, Salinero-Fort MÁ, Sevilla-Machuca I, et al. Development and validation of a clinical score for identifying patients with high risk of latent autoimmune adult diabetes (LADA): The LADA primary care-protocol study. PLoS One [Internet]. Feb.2023;18:e0281657. doi:10.1371/journal.pone.0281657. [citado em 9out.2025] Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0281657

17 - Oliveira MS, Costa GD, Rodrigues GG, de Castro HUD, Sampaio VVL. Diabetes Mellitus tipo 2 - uma revisão abrangente sobre a etiologia, epidemiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 6out2023 [citado 9out.2025] ;6(5):24074-85. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/63719

18 - Torres Jumbo RF, Acosta Navia MK, Rodriguez Avilés DA, Barrera Rivera MK. Complicaciones agudas de la diabetes tipo 2 / Acute complications of type 2 diabetes / Complicações agudas do diabetes tipo 2. Recimundo [Internet]. Mar.2020;4(1):46–

57. doi:10.26820/recimundo/4.(1).esp.marzo.2020.46-57. [citado em 9out.2025] Disponível em: https://recimundo.com/index.php/es/article/view/782/1210

19 - Dental care in type 1 and type 2 diabetic patients: general notions for the dentist. RSD [Internet]. 2022 Dec. 7 [citado em 9out.2025];11(16):e258111638348. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/38348

20 - Jesus Batista MH, de Sousa LP, de Souza DMD, Silva RO, Lima E dos S, Nunes TS, Schimidt CP, Rocha MA. Diabetes Gestacional: Origem, Prevenção e Riscos / Gestational Diabetes: Origin, Prevention and Risks. Braz. J. Develop. [Internet]. 20jan2021 [citado em 9out.2025];7(1):1981-95. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/22764

21 - Fernandes CN, Bezerra MMM. O Diabetes Mellitus Gestacional: Causa e Tratamento / The Managemental Diabetes Mellitus: Cause And Treatment. IDonline [Internet]. 28º de fevereiro de 2020 [citado 15º de novembro de 2025];14(49):127-39. Disponível em: https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2325

22 - Giarllarielli MPH, Silqueira BG, Salomão M, Barbosa LVT, Antunes L, Roque JB, Barreto AFEG, Oliveira PHB de, Cavalcanti MCP, Miguel L. Diabetes gestacional e diabetes mellitus tipo 2 relacionado às complicações materno-fetais. REAMed [Internet]. 24jan.2023 [citado 9out.2025];23(1):e12065. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/12065

23 - Zhao L, Hu H, Zhang L, Liu Z, Huang Y, Liu Q, et al. Inflammation in diabetes complications: molecular mechanisms and therapeutic interventions. MedComm [Internet]. Apr.2024;5(4):e516. doi:10.1002/mco2.516. [citado em 14set.2025] Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11014467/

24 - Xiong Y, Knoedler S, Alfertshofer M, Kim B-S, Jiang D, Liu G, et al. Mechanisms and therapeutic opportunities in metabolic aberrations of diabetic wounds: a narrative review. Cell Death Dis [Internet]. Apr.2025;16(1):341. doi:10.1038/s41419-025-07583-3. [citado em 14set.2025] Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12032273/

25 - Moura Chaves MF de, Alexandrina SRA de S, Oliveira WOB, Silva ESP, Tavares MMTM, Mourão VVMP, Brito EG de BC, Pereira SLPA, Oliveira MLHOL, Freitas LB de FG, Silva VC da SO, Gonçalves THGM. Interconexão entre Diabetes e Periodontite: Impactos na Saúde Bucal e Sistêmica. . Braz. J. Implantol. Health Sci. [Internet]. 15º de fevereiro de 2024 [citado 14 de setembro de 2025];6(2):1365-73. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/1482

26 - Thomes CR, Santos JL dos, Costa LVD de A, Silva DWDS, Mendes E de O, Carvalho WC, Paula RO de, Santana AWF, Santos EA, Feitosa ACR. Manifestações orais em pacientes portadores do diabetes mellitus: uma revisão narrativa. REAS [Internet]. 26maio2021 [citado 14set.2025];13(5):e7213. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7213

27 - Diabetic patient in the dental clinic: care protocol. RSD [Internet]. 1nov2022 [citado 14set.2025];11(14):e430111436274. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/36274

28 - Domingueti CP. EXAMES LABORATORIAIS E O CUIDADO FARMACÊUTICO AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS: UMA REVISÃO DA LITERATURA. Infarma [Internet]. 3º de julho de 2023 [citado 15º de novembro de 2025];35(2):223-40. Disponível em: https://revistas.cff.org.br/infarma/article/view/3140

29 - Paula AD de D. CFO esclarece: canetas emagrecedoras e os efeitos colaterais na saúde bucal. Conselho Federal de Odontologia [Internet]. 15jul.2025 [citado em 11nov.2025]. Disponível em: https://website.cfo.org.br/cfo-esclarece-canetas-emagrecedoras-e-os-efeitos-colaterais-na-saude-bucal/

30 - dos Santos PGST, Travassos RMC, de Araújo VLC, Nunes JHC, Rodrigues VM de S, Alves J, et al. INTERFERÊNCIA DE AGONISTAS DE GLP-1 NA ANESTESIA GERAL E ODONTOLÓGICA: UMA ANÁLISE DE OZEMPIC. ARE [Internet]. 23º de junho de 2025 [citado 11 de novembro de 2025];7(6):33670-8. Disponível em: https://periodicos.newsciencepubl.com/arace/article/view/6097

31 - Marino EC, Negretto L, Ribeiro RS, Momesso D, Feitosa AC. Rastreio e controle da hiperglicemia no perioperatório. Diretriz Diabetes [Internet]. 17abr.2023 [citado em 11nov.2025]. doi:10.29327/5238993.2023-7. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/rastreio-e-controle-da-hiperglicemia-no-perioperatorio/#ftoc-tabela-1-manejo-das-medicacoes-antidiabeticas-no-pre-operatorio-de-cirurgia-eletiva

32 - Silva ETC da, et al. Diabetes na odontologia: manifestações bucais e condutas para atendimento. Salusvita [Internet]. 2020;39(3):877–901. [citado em 18set.2025]. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1378797

33 - Labolita KA, Santos IB, Balbino VC, Andrade GL, Araujo IC, Fernandes DC. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA À PACIENTES DIABÉTICOS. CBS [Internet]. 13º de abril de 2020 [citado 13º de setembro de 2025];6(1):89. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/cdgsaude/article/view/6835

34 - Dental care for patients with diabetes mellitus: a literature review . RSD [Internet]. 26abr2022 [citado em 20set.2025];11(6):e23511628967. Available from: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/28967

35 - Cunha CE dos S, Costa MRC, Souza MF de, Souza DDSM, Silva IRS da, Meneses KS de, et al. Atendimento para Cirurgia Oral em Pacientes Diabéticos: Revisão Narrativa da Literatura. UNICIÊNCIAS [Internet]. 29º de agosto de 2024 [citado 20 de outubro de 2025];28(1):44-9. Disponível em: https://uniciencias.pgsscogna.com.br/uniciencias/article/view/12745

36 - Pereira LF, Dias MA, Cunha TCR da. Exodontia de raiz residual em paciente hipertenso e diabético: relato de caso / Residual root extraction in a hypertensive and diabetic patient: case report / Extracción de raíz residual en paciente hipertenso y diabético: reporte de caso. Res Soc Desenvolv [Internet]. 2022;11(6):e57411629587. doi:10.33448/rsd-v11i6.295871. [citado em 9ago.2025]. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29587/25519

37 - Matos TS, Oliveira MSC, Santos FJM, Almeida Júnior P. Profilaxia antibiótica na odontologia: quando e como usar? Revisão de literatura / Antibiotic prophylaxis in dentistry: when and how to use? Literature review. [Internet]. 2024; [citado em 5set.2025]. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20240303_103144.pdf

38 - Vidović Juras D, Škrinjar I, Križnik T, Andabak Rogulj A, Lončar Brzak B, Gabrić D, et al. Antibiotic prophylaxis prior to dental procedures. Dent J (Basel) [Internet]. Nov.2024;12(11):364. doi:10.3390/dj12110364. [citado em 9ago.2025]. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11592561/

39 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 350 p. [citado em 16nov.2025]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Capítulo 6.1.2.2.6: Atenção às doenças crônicas.

40 - McGregor JC, Wilson GM, Gibson G, Jurasic MM, Evans CT, Suda KJ. The effect of antibiotic premedication on postoperative complications following dental extractions. J Public Health Dent [Internet]. Dec.2024;84(4):343–50. doi:10.1111/jphd.12634. [citado em 16nov.2025]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39134053/

41 - Sykara M, Maniatakos P, Tentolouris A, Karoussis IK, Tentolouris N. The necessity of administrating antibiotic prophylaxis to patients with diabetes mellitus prior to oral surgical procedures—a systematic review. Diabetes Metab Syndr [Internet]. Out.2022;16(10):102621. doi:10.1016/j.dsx.2022.102621. [citado em 16nov.2025]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36183455/

42 - Efficiency of antibiotic prophylaxis in third molar surgery in healthy patients: a literature review. RSD [Internet]. 27jul2020 [citado em 10ago.2025] ;9(8):e697985984. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/5984

43 - Kumari S, Singh C, Jaitly R, Kondaveeti SB, Morsy MSM, Qurishi AA, et al. Effect of local anesthesia with and without the vasoconstrictor on blood glycemic level in diabetic patients undergoing tooth extractions. J Pharm Bioallied Sci [Internet]. Dez.2024;16(Suppl 4):S3329–31. doi:10.4103/jpbs.jpbs_805_24. [citado em 2nov.2025]. Disponível em: https://journals.lww.com/jpbs/fulltext/2024/16004/effect_of_local_anesthesia_with_and_without_the.95.aspx

44 - Diabetic patient care in Dentistry. RSD [Internet]. 11out2022 [citado em 16ago.2025];11(13):e434111335801. Disponível em: https://rsdjournal.org/rsd/article/view/35801

45 - Agani Z, Ahmedi J, Ademi Abdyli R, Prekazi Loxha M, Hamiti-Krasniqi V, Rexhepi A, et al. The changes in levels of blood cortisol, glucose, and oxygen saturation in type 2 diabetic patients during tooth extraction. Clin Exp Dent Res [Internet]. 2022;8(5):641–9. doi:10.1002/cre2.641. [citado em 15ago.2025]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35909305/

46 - Urîtu A, Buciu VB, Roi C, Chioran D, Serban DM, Nicoleta N, et al. Review of the safety and clinical considerations of vasoconstrictor agents in dental anesthesia during pregnancy. J Clin Med [Internet]. Jul.2025;14(13):4773. doi:10.3390/jcm14134773. [citado em 14set.2025]. Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/14/13/4773

47 - Santos CRL, Leite DRB, Miguel ID, Fernandes I da C, Dalarmi L, Montrucchio DP, Miguel OG, Dias J de FG, Miguel MD. O USO DE AINES E FÁRMACOS HIPOGLICEMIANTES POR IDOSOS DIABÉTICOS: INTERAÇÕES E FARMACOTERAPIA. Rev. Interfaces [Internet]. 31º de dezembro de 2023 [citado 10 de setembro de 2025];11(4):3119-27. Disponível em: https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1208

48 - Vieira MN, Morais AX de, Grisante LAD. Alveolite pós exodontia e possíveis fatores associados. [Internet]. 2025; 1:8–17. doi:10.37885/250118730. [citado em 15set.2025]. Disponível em: https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/250118730.pdf

49 - Rodrigues GC, Carmo LX do, Yamashita RK. Alveolite: suas causas, evidências clínicas e tratamento / Alveolitis: its causes, clinical evidence, and treatment. JNT Facit Bus Technol J [Internet]. Nov.2024;1(56):94–103. [citado em 15set.2025]. Disponível em: https://revistas.faculdadefacit.edu.br/index.php/JNT/article/view/3126

50 - Levesque CA. Perioperative management of the patient with diabetes mellitus. Crit Care Nurs Clin North Am [Internet]. 2024;36(2):—. doi:10.1016/j.cnc.2024.05.003. [citado em 7set.2025]. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0899588524000388

51 - Gadicherla S, Smriti K, Roy S, Pentapati KC, Rajan J, Walia A. Comparison of extraction socket healing in non-diabetic, prediabetic, and type 2 diabetic patients. Clin Cosmet Investig Dent [Internet]. 20jul2020; 12:291–296. doi:10.2147/CCIDE.S264196. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7381775

52 - Burgess JL, Wyant WA, Abujamra BA, Kirsner RS, Jozic I. Diabetic wound-healing science. Medicina (Kaunas) [Internet]. 8out2021; 57(10):1072. doi:10.3390/medicina57101072. [citado em 24set.2025]. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8539411/

53 - Associação Beneficente Síria – HCor. Protocolo controle glicêmico [Internet]. São Paulo: HCor; c2021 [citado em 2025]. Disponível em: https://www.hcor.com.br/area-medica/wp-content/uploads/sites/3/2021/12/19-folder_controle_glicemico.pdf. Responsável técnico: Dr. Gabriel Dalla Costa (CRM 204962).