



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



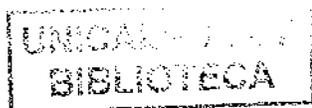
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

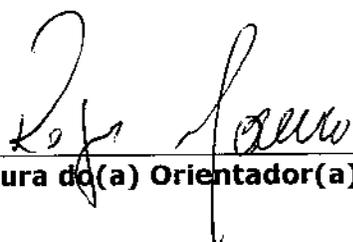
Monografia de Final de Curso

Aluno(a): Alexandre Aurélio de Moraes

Orientador(a): Prof. Dr. Roger William Fernandes Moreira

Ano de Conclusão do Curso: 2009




Assinatura do(a) Orientador(a)

58141

Alexandre Aurélio de Moraes

**ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE FATORES
SISTÊMICOS E COMPLICAÇÕES PÓS-
OPERATÓRIAS EM CIRURGIAS DE TERCEIROS
MOLARES.**

Monografia apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de Título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Roger William Fernandes Moreira

PIRACICABA

2009

Unidade - FOP/UNICAMP

TCC / UNICAMP

M792a Ed.

Vol. Ex.

Tombo 4994

C D

Proc. 10P-137/10

Preço R\$ 11,00

Data 13/08/10

Registro 772684

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
Bibliotecária: Marilene Girello - CRB-8ª / 6159

M792a Moraes, Alexandre Aurélio.
Análise da relação entre fatores sistêmicos e complicações pós-operatórias em cirurgias de terceiros molares. / Alexandre Aurélio Moraes. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.
20f.

Orientador: Roger William Fernandes Moreira.
Monografia (Graduação) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontologia. I. Moreira, Roger William Fernandes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)



1290004994

TCC/UNICAMP
M792a
FOP

Dedico este trabalho de conclusão de curso de graduação aos meus pais José Aurélio, Nalú do Carmo, minha irmã Kamilla Cristina e a toda família Morais por terem tornado possível um sonho, pelo apoio incondicional durante esses quatro anos, que mesmo mediante a distância e demais dificuldades sempre se mostraram presentes e demonstrando a importância de valores tais como disciplina e determinação.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Roger William Fernandes Moreira pelo apoio na realização deste trabalho. Agradeço também ao Professor Dr. Márcio de Moraes, ao professor Érico, a professora Dr. Vânia Célia Vieira de Siqueira, ao professor Dr. Luiz Alexandre M.S.Paulino, pelos conselhos sempre dados nos momentos de dificuldades e dúvidas, e porque não dizer, pelos momentos de descontração e conversas na clínica e corredores da faculdade.

Aos mestrandos Érica Marchiori e Saulo Ellery Santos, e aos demais pós-graduandos da área de Cirurgia Buco-maxilo-facial da FOP pela orientação, auxílio e ensinamentos passados durante toda a realização do trabalho em questão.

Aos meus avós José Orlando, Marlene, Maria Jesuína e à minha bisavó "Tita", pelo carinho e orações de todas as horas.

Ao meu tio Flávio Augusto de Moraes, pela força e apoio durante o período difíceis vivido na faculdade.

Aos amigos Edson Kengi Nakano(Hud), Victor Pinheiro Feitosa(Cearà), Leandro Augusto Martins(Tchufos), Leonardo Tribis, Gustavo Prezotto(Meia Nove), Rafael Furuse(Japa), Rafael Araújo(Pedrerú), Henrique Giannetto(Búrns), Patrick Franz Montan(Gambé), Hélcio Urushibata, Fernando Jun Saka e Leandro Pozzer(Cp), pelos laços fraternos e companheirismo em todos os momentos que serão levados para o resto da vida.

Às queridas amigas Letícia Klain, Giuliana R. M. Izabel, Adriana Hee Sun Han, Aline Vicentin, Izabella Pereira, Mayra Mello, Gabriella Lopes de Rezende, Juliana Mayumi Matsuoka, Gisele Ramos Gayoso, e Thatiana de Vicente Leite pela amizade compartilhada durante a graduação, a qual espero que seja sempre duradoura.

Por fim, à Vinícius de Souza Rodrigues, Luciana Cabral Zaiden, Michelly Souza Vilella, Ubiratan Seixas Júnior, Daniel Castro Alves, André Diniz, Vinícius Araújo Amaral, Adilon Viera de Melo, e Pedro Pinheiro Neto, pelo incentivo e forte vínculo apesar da distância, demonstrando sempre o valor e a necessidade de uma verdadeira amizade.

SUMÁRIO

Página(s)

Dedicatória.....	2
Agradecimentos.....	3
Sumário.....	4
Resumo.....	5
Introdução.....	6-10
Materiais e métodos.....	11
Resultados.....	12-14
Discussão.....	15-16
Conclusão.....	17
Referências.....	18-20

RESUMO

Este estudo retrospectivo teve por objetivo avaliar a relação de complicações pós-operatórias ocorridas em cirurgias de terceiros molares em pacientes saudáveis e naqueles com envolvimento de fatores sistêmicos, realizados no centro cirúrgico da Área de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. As fichas analisadas apresentaram pacientes com idade entre 11 e 83 anos, com média de idade sendo 51,48% do sexo masculino, e 48,52% do sexo feminino. Do total de fichas de terceiros molares analisadas 76% dos pacientes eram fumantes, 12% eram de usuários de drogas tais como maconha ou cocaína, 9% eram etilistas crônicos, 1% ex-fumantes, e 1 % eram de ex-etilistas. Entre pacientes com algum tipo de complicação sistêmica foram registrados ainda 10% dos pacientes como diabéticos, 10% como hipertensos, 5% dos pacientes apresentavam algum tipo de desordem neurológica, 4% apresentava alguma cardiopatia, e 4% hipertireoidismo. No que diz respeito às complicações pós-operatórias pudemos observar 77 casos de pacientes com infecção, sendo que 30 destes apresentavam algum tipo de complicação sistêmica ou vício. Ainda foram relatados 30 casos de trismo, 8 casos de deiscência de sutura, 4 casos de hemorragia, e 16 outros casos de variadas complicações. A compreensão da frequência relativa das complicações e o conhecimento daquelas com potencial de produzir alta morbidade são importantes quando o dentista estabelece prioridades para as medidas preventivas no tratamento odontológico.

PALAVRAS CHAVE:

INTRODUÇÃO

A compreensão da frequência relativa das complicações pós-operatórias e o conhecimento daquelas com potencial de produzir alta morbidade são importantes quando o cirurgião-dentista estabelece prioridades para as medidas preventivas. A prevenção das complicações cirúrgicas é fundamental no tratamento odontológico e primeiramente deve-se avaliar o risco cirúrgico, realizando uma anamnese cuidadosa e apurando precisamente a história médica do paciente. Os sinais vitais devem ser registrados e radiografias adequadas devem ser realizadas e analisadas minuciosamente. Embora qualquer paciente possa apresentar complicações, algumas condições sistêmicas podem predispor os pacientes a essas complicações. Uma vez que pacientes propensos a desenvolverem complicações tenham sido identificados, o cirurgião-dentista pode prevenir a ocorrência da maioria das alterações pela modificação do modo com que se provê a cirurgia oral.

Atualmente, o número de pacientes portadores de doenças sistêmicas que procuram tratamento odontológico e requerem um cuidado especial tem aumentado, como é o caso dos hipertensos, diabéticos, cardiopatas e pacientes com algum tipo de alergia. Além destes, ainda se enquadram no grupo dos que requerem cuidados especiais os pacientes que possuem hábitos deletérios tais como alcoolismo crônico, tabagismo e uso de substâncias ilícitas do tipo maconha e cocaína, entre outras. Esta situação obriga o cirurgião-dentista a buscar novos conhecimentos para que o atendimento dos mesmos seja feito com maior segurança.

No caso de pacientes portadores de Diabetes Mellitus, que se trata de uma doença sistêmica crônica que afeta o metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, onde uma das causas é a diminuição ou a deficiência da resposta secretora de insulina, o mais indicado quando o procedimento cirúrgico é planejado é a monitoração constante dos sinais vitais, de modo a prevenir e atuar rapidamente em casos de variações relevantes de glicemia (Kumar et al, 1994, Peterson et al, 2000). Em sua forma plenamente desenvolvida, além da hiperglicemia característica, o diabético também pode apresentar glicosúria, maior decomposição protéica, cetose e acidose (Smith & Thier,

1990).

Bennet (1983) classificou o diabetes mellitus em duas formas, tipo I e II. O tipo I é o diabetes mellitus insulino-dependente, e anteriormente conhecido como diabetes de início juvenil ou com tendência à cetose. A segunda forma é o tipo II, denominado de diabetes mellitus não-insulino-dependente, anteriormente conhecido como diabetes de início na vida adulta, se tratando de uma doença do tipo adquirida (Kumar et al, 1994). Em geral, diabéticos controlados não são mais susceptíveis às infecções do que pacientes saudáveis, mas têm maior dificuldade no controle das mesmas (Peterson et al, 2000).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada atualmente como um dos problemas mais sérios que a sociedade mundial enfrenta. Ela é considerada uma das contribuintes para a mortalidade e morbidade cardiovascular, por ser uma doença que, em sua fase inicial é assintomática e muitas vezes provoca alterações que não são percebidas pelos pacientes. Porém as suas conseqüências assumem proporções alarmantes, pois continuam a ser um dos mais importantes fatores de risco para as doenças vasculares coronarianas, cerebrais e renais, principalmente em indivíduos fumantes, de vida sedentária que ingerem quantidades apreciáveis de gordura saturada (Komatsu, 1998). Mediante a tamanha agressividade, cuidados essenciais devem ser tomados de modo a prevenir uma complicação. Incluem-se entre tais, o uso de um protocolo de redução de ansiedade e monitoração dos sinais vitais, além da utilização cautelosa de anestésicos locais (Peterson et al, 2000).

A hipertensão arterial pode ser definida como uma pressão arterial acima de 140/90 mmHg. Quando persistente e não controlada, pode levar ao óbito, assim sendo, cirurgias orais eletivas em pacientes com hipertensão grave devem ser proteladas até que a pressão esteja controlada (Andrade, 2000, Peterson et al, 2000).

O tipo mais comum de hipertensão arterial é a primária ou essencial, cujo tratamento é baseado numa série de medidas como restrição ao sal e do tabagismo, perda de peso, exercícios físicos e prescrição de um ou mais agentes de diferentes grupos farmacológicos (Hall, 1992; Parnell, 1986).

A hipertensão secundária é decorrente de outras patologias como hipertireoidismo, doença renal e feocromocitoma, entre outras. Nesse caso o tratamento é direcionado para a doença causadora da hipertensão (Andrade, 2000).

O uso de vasoconstritores incorporados nas soluções anestésicas locais não é contra-indicado, podendo ser empregada a adrenalina (1:100.000 ou 1:200.000) em doses pequenas, com injeção lenta e aspiração prévia negativa. O ideal é não ultrapassar o limite máximo de dois tubetes por sessão de atendimento (Andrade, 2000; Cawson, Curson & Whittington, 1983; Davenport et al, 1990; Martin, 1988; Kwon & Laskin, 2001; Parnell, 1986; Piperno & Kaim, 1981; Vernale, 1960). Outra opção é o uso da felipressina 0,03 UI/mL associada à prilocaína 3% (Andrade, 2000).

As respostas imunológicas (humorais ou celulares) aos antígenos, endógenos ou exógenos podem provocar reação de hipersensibilidade que lesam os tecidos, ou seja, alergia (Kumar et al, 1994). Diversas drogas administradas aos pacientes durante cirurgia oral podem agir como estímulo antigênico, produzindo reações alérgicas. Dos quatro tipos básicos de reações de hipersensibilidade (Tipos I - anafilático, II - citotóxico, III – doença de imuno-complexo e IV - celular), o tipo I pode causar uma condição aguda, de ameaça à vida com envolvimento do trato respiratório e sua manifestação menos grave é a dermatológica (prurido, pápulas, eritema e edema). O tratamento das reações alérgicas depende da gravidade dos sinais e sintomas (Peterson et al, 2000).

Na prática odontológica, é grande a preocupação dos dentistas com relação aos pacientes portadores de alterações cardiovasculares. Além da hipertensão arterial as alterações de maior frequência são doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca congestiva, anormalidades das válvulas cardíacas e arritmias cardíacas (Andrade, 2000).

A doença cardíaca isquêmica é uma condição decorrente da obstrução gradual das artérias coronárias por placas de gordura (ateromas), que acarreta uma diminuição do fluxo sanguíneo para o miocárdio, o que pode levar à isquemia do miocárdio (Hall, 1992). A isquemia do miocárdio, quando transitória, é chamada de angina pectoris, sendo caracterizada por uma sensação de dor,

pressão ou queimação na região retro-esternal que pode irradiar-se para o epigástrio, mandíbula, base do pescoço e braço esquerdo (Andrade, 2000). A dor geralmente dura alguns minutos (Kwon & Laskin, 2001). Pacientes que possuem tal quadro de doença cardíaca isquêmica geralmente se enquadram no grupo dos pacientes que possuem características tais como: fumo, obesidade e hipertensão, assim sendo, na necessidade de uma cirurgia oral, o mais correto a se fazer é requisitar sempre uma avaliação médica prévia ao ato cirúrgico.

A insuficiência cardíaca congestiva é uma doença na qual há uma diminuição da contractibilidade do músculo cardíaco que fica sem forças para manter o volume de ejeção normal de sangue. Pode ter diversas causas, como a hipertensão severa persistente, estenose e regurgitação das válvulas cardíacas, defeitos dos septos ventriculares e infarto do miocárdio, entre outras. São sinais e sintomas dessa condição a dispnéia, o edema dos quadris, distensão das grandes veias do pescoço e tosse não produtiva (Bennet, 1986; Hall, 1992). Assim sendo, em casos de necessidades cirúrgicas orais, o paciente deve ter sido examinado recentemente, a fim de se ter certeza de que está controlado, e de que foi verificado o potássio sérico. Tais procedimentos devem ser executados procurando reduzir a ansiedade ao mínimo e limitando o uso da epinefrina. Quando apropriada, pode ser usada sedação complementar. A hospitalização é necessária para os procedimentos moderados e extensos (Sonis, Fagio, Fang, 1985).

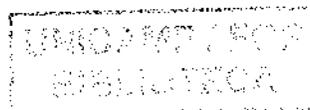
As anormalidades das válvulas cardíacas incluem a estenose e a regurgitação. A causa mais comum de deformidade das válvulas é a endocardite bacteriana, que geralmente acomete a válvula mitral e é mais comum na infância e adolescência, sendo as seqüelas levadas para a vida adulta (Andrade, 2000). Outras causas incluem sífilis, aterosclerose, anomalias congênitas e trauma (Bennet, 1986). Dependendo do grau de comprometimento da função valvular, os portadores podem necessitar da colocação de uma prótese valvular (Andrade, 2000). O cirurgião-dentista deve iniciar o exame físico do paciente pela avaliação dos sinais vitais, que inclui a tomada da pressão arterial e do pulso carotídeo. A presença de pulso irregular deve alertar o cirurgião-dentista para a possível

presença de arritmia e o paciente deve ser encaminhado ao médico para avaliação (Andrade, 2000). O ritmo cardíaco normal é produzido de forma regular através de estímulo do nódulo sinoatrial, de onde é conduzido para todo o coração. Em alguns casos de bradicardia sinusal e de bloqueio átrio-ventricular o paciente é submetido à implantação de marcapassos (Berkow & Fletcher, 1989).

Distúrbios de coagulação podem ser de origem genética como hemofilia ou doença de von Willebrand e de origem de terapêutica anticoagulante. Se há suspeita de uma coagulopatia, o médico clínico ou o hematologista deve ser consultado para melhor definir a causa da desordem sanguínea e ajudar a manejar melhor o paciente (Peterson et al, 2000).

Os pacientes com história de convulsões devem ser questionados sobre a frequência, tipo, duração e seqüelas das convulsões. A maioria dos pacientes com convulsões está fazendo uso de fenobarbital, fenitpína (Dilantin), ou ambos. Logo, o paciente deve ser indagado sobre os medicamentos atuais e os que utilizou no passado, além da duração do tratamento com tais medicamentos. O médico deve ser consultado para estabelecer plano de tratamento a ser seguido da maneira mais conveniente e compatível com a manutenção da saúde do paciente (Peterson et al, 2000).

Os pacientes que voluntariamente relatam história de abuso de álcool, ou nos quais se suspeita de alcoolismo que posteriormente é confirmado por meio de outros procedimentos além da tomada da história do paciente requerem considerações especiais antes da cirurgia, durante (caso o paciente seja liberado para o ato cirúrgico), e após a mesma (Peterson et al, 2000).



MATERIAIS E MÉTODOS

Foram analisados 5.305 prontuários clínicos de pacientes atendidos pela Área de Cirurgia Bucomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas - FOP/Unicamp, Piracicaba (SP), Brasil, de 1º de julho de 2001 a 1º de julho de 2008.

Foram registrados dados relativos à idade, gênero, queixa principal, fatores sistêmicos como tabagismo, alcoolismo e doenças sistêmicas, que incluíram diabetes, hipertensão arterial sistêmica, cardiopatia, desordens neurológicas, e outras alterações. Também foram registradas as ocorrências de complicações pós-operatórias tais como hemorragia, infecção, deiscência de sutura, trismo, dentre outras, tanto em pacientes saudáveis como naqueles que apresentavam fatores sistêmicos.

O tratamento cirúrgico e a preservação de cada paciente foi realizado por alunos da pós-graduação em Cirurgia Bucomaxilofacial da FOP/Unicamp, sob orientação dos professores da área. Todas as informações obtidas neste estudo foram analisadas e revisadas pelo mesmo investigador.

Os resultados serão demonstrados descritivamente comparando o número de complicações pós-operatórias em pacientes saudáveis e pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos. Os dados foram tabulados no programa Excel para o Microsoft Windows® (Microsoft® Excel 2007 KGFVY – 7733B – 8WCK9 – KTG64 - BC7D8), para o cruzamento dos mesmos e análise dos resultados.

RESULTADOS

Foram avaliados 5.305 prontuários de cirurgia bucal e dentre estes 470 (8,86%) pacientes foram incluídos no estudo. A proporção H:M foi de 1,1. A média de idade encontrada foi de 26,10 anos.

A alteração sistêmica mais comum foi a hipertensão arterial (10,40%) seguido por diabetes (9,60%) e bronquite (6,40%) como ilustrado na figura 1.

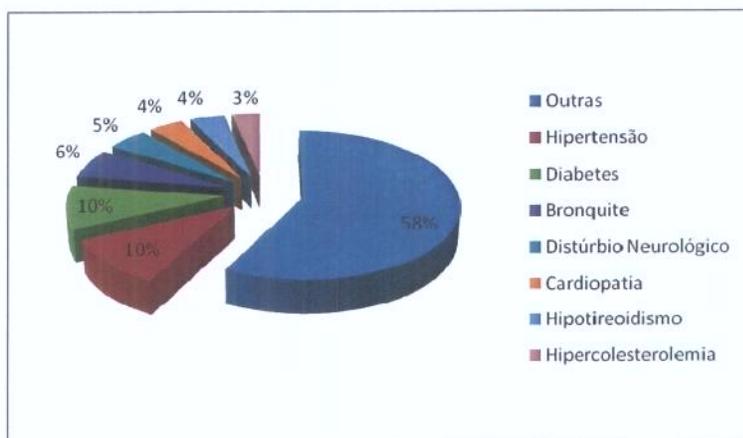


Figura 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a alteração sistêmica presente.

A principal queixa dos pacientes no atendimento inicial foi dor respondendo por cento e sessenta e nove pacientes (36%). Em relação aos hábitos nocivos dos pacientes o mais incidente foi o tabagismo respondendo por duzentos e noventa e quatro (77%) pacientes, seguido por drogas não endovenosas 47 (12%) conforme ilustrado na figura 2.

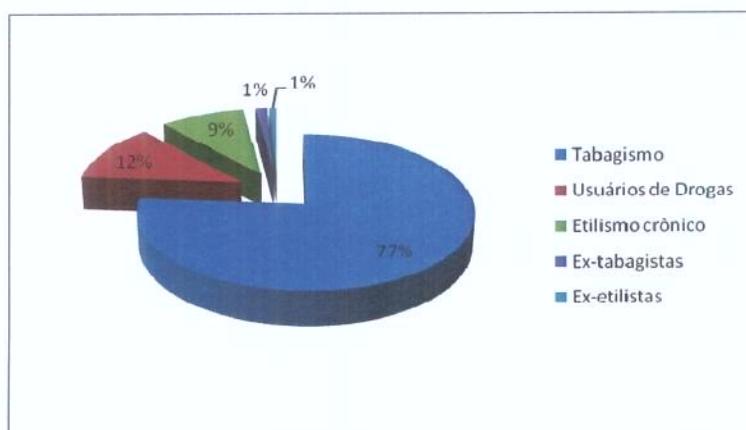


Figura 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos nocivos.

RESULTADOS

Foram avaliados 5.305 prontuários de cirurgia bucal e dentre estes 470 (8,86%) pacientes foram incluídos no estudo. A proporção H:M foi de 1,1. A média de idade encontrada foi de 26,10 anos.

A alteração sistêmica mais comum foi a hipertensão arterial (10,40%) seguido por diabetes (9,60%) e bronquite (6,40%) como ilustrado na figura 1.

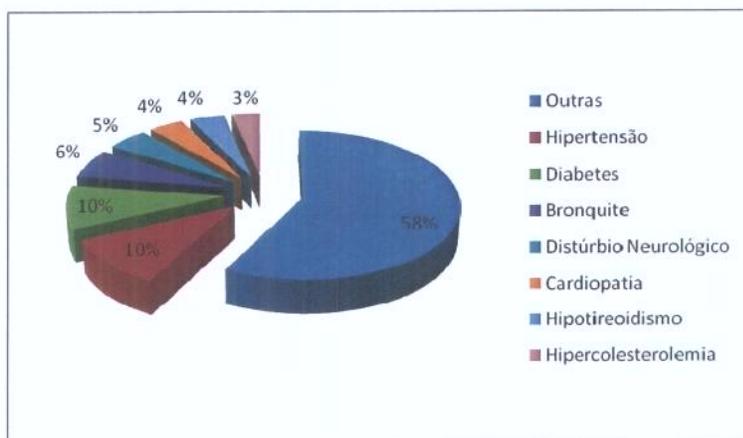


Figura 1 – Distribuição dos pacientes de acordo com a alteração sistêmica presente.

A principal queixa dos pacientes no atendimento inicial foi dor respondendo por cento e sessenta e nove pacientes (36%). Em relação aos hábitos nocivos dos pacientes o mais incidente foi o tabagismo respondendo por duzentos e noventa e quatro (77%) pacientes, seguido por drogas não endovenosas 47 (12%) conforme ilustrado na figura 2.

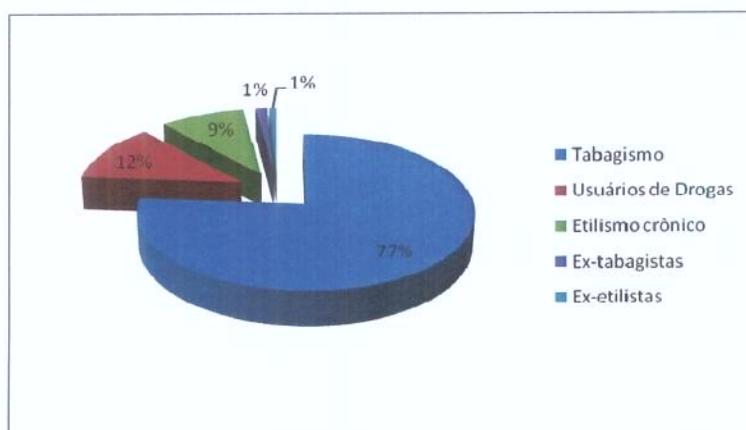


Figura 2 – Distribuição dos pacientes de acordo com os hábitos nocivos.

A principal complicação local dos pacientes foi infecção respondendo por setenta e sete pacientes (57%), seguido por trismo 30 (22%) conforme ilustrado na figura 3.

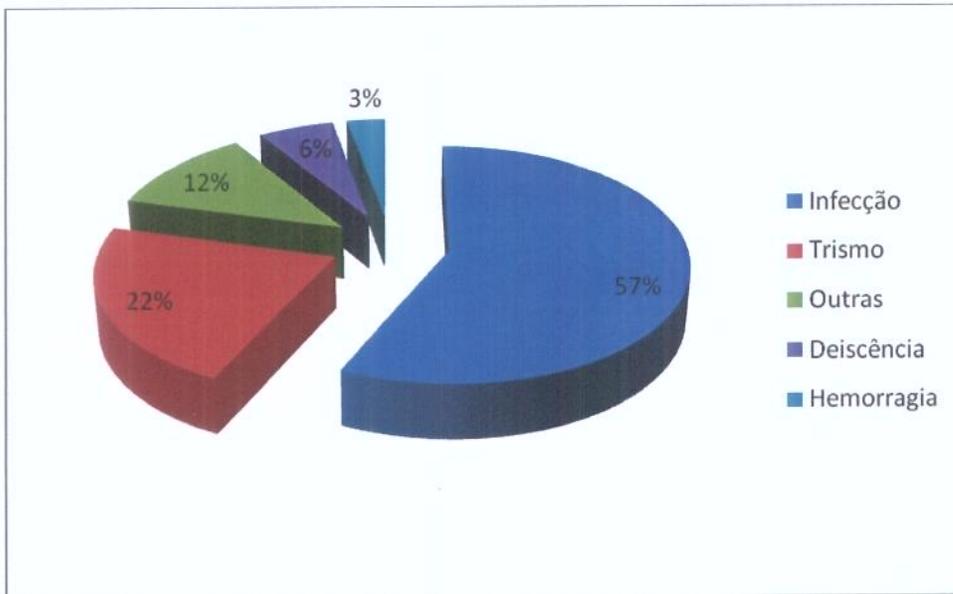


Figura 3 - Distribuição das complicações locais.

Dentre os pacientes que tiveram infecção a alteração mais prevalente era o tabagismo seguido por pacientes que utilizavam drogas não endovenosas a figura 4 ilustra essa distribuição.

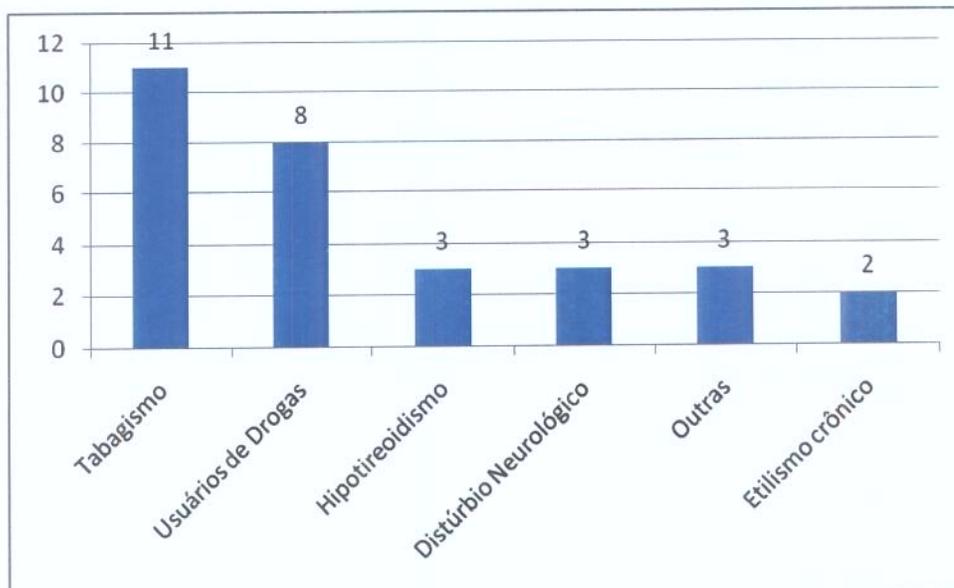


Figura 4 – Distribuição dos pacientes que tiveram infecção de acordo com hábitos e alterações sistêmicas.

Dentre os pacientes que apresentaram trismo onze apresentaram alterações sistêmicas e hábitos como tabagismo 5 (45%), usuários de drogas 3 (27%), hipotireoidismo 3 (27%). Dentre os pacientes que apresentaram hemorragia, todos eram tabagistas. Dentre os 8 pacientes com deiscência de sutura, três apresentavam alguma desordem neurológica e um tinha o hábito de fumar.

DISCUSSÃO

As infecções odontogênicas constituem um dos problemas mais difíceis de tratar em odontologia. Elas podem variar desde infecções bem localizadas, de baixa intensidade, que exigem apenas tratamento mínimo, a infecções graves nos espaços faciais, que causam risco de vida. Embora a imensa maioria das infecções odontogênicas seja tratada facilmente com técnicas cirúrgicas simples e terapia média de suporte, que inclui a administração de antibióticos, o clínico deve sempre ter em mente que, ocasionalmente, tais infecções podem tornar-se graves em breve espaço de tempo. (Peterson et al, 2003). Esta medida de prevenção é tomada com frequência na Faculdade de Odontologia de Piracicaba, podendo ser este um dos motivos da baixa taxa de infecção encontrada (1,45%). O emprego de antibióticos para tratar uma infecção está bem estabelecido e constitui uma técnica bem aceita e bem definida. Esses medicamentos proporcionam grande ajuda ao paciente para superar uma infecção, seja ela pré-estabelecida ou não. O uso de antibióticos para profilaxia de infecções de feridas após cirurgia pode ser altamente eficaz e desejável. Porém além das vantagens, há também desvantagens na utilização de antibióticos como profilaxia. Em primeiro lugar, eles podem alterar a flora do hospedeiro, e em segundo lugar, o antibiótico pode não proporcionar qualquer benefício significativo, já que, em certas situações, o risco de infecção é tão baixo que o antibiótico não proporciona redução adicional na incidência da infecção.

É axiomático dizer que a melhor e mais fácil maneira de tratar uma complicação é prevenir que ela aconteça. Além disso é importante entender que, mesmo com esses cuidados preventivos, as complicações podem ocorrer ocasionalmente.

Assim sendo, com base nas descrições acima e os dados levantados, tivemos que a porcentagem das complicações pós-operatórias foi maior nos pacientes com algum envolvimento de fatores sistêmicos, o que representou bem a idéia citada por Bennet(1983),que diz que quanto maior o

risco clínico de um paciente, mais importante se torna o controle eficaz da dor e da ansiedade, fazendo com que os cuidados com pacientes com envolvimento sistêmico sejam ainda maiores.

CONCLUSÕES

Após análise e discussão dos resultados obtidos, concluímos:

1. A compreensão da frequência relativa das complicações e o conhecimento daquelas com potencial de produzir alta morbidade são importantes quando o dentista estabelece prioridades para as medidas preventivas no tratamento odontológico;
2. A porcentagem de complicações pós-operatórias foi baixa;
3. Não houve relação DIRETA entre complicações pós-operatórias ocorridas em cirurgias de terceiros molares em pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos, apesar de terem sido consideráveis os resultados.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, E. D. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1. ed, 2000, cap. 9, p. 93-140.
2. BENNET, P. H. The diagnosis of diabetes: new international classification and diagnostic criteria. **A. Rev. Med.**, Palo Alto, v.34, p. 295-309, 1983.
3. BERKOW, R.; FLETCHER, A. J. **Manual merck de medicina – diagnóstico e tratamento.**, 15. ed, São Paulo:Roca, 1989.
4. BLOCK M. S.; KENT J. N.; Sinus augmentation for dental implants: the use of autogenous bone. **J Oral Maxillofac Surg.** v. 55, p. 1281-6, 1997.
5. CAWSON, R. A.; CURSON, I.; WHITTINGTON, D. R. The hazards of dental local anesthetics. **Br. Dent. J.**, v. 154, n. 4, p. 253-258, 1983.
6. DAVENPORT, R. E.; PORCELLI, R.J.; IACONO, V. J.; BONURA, C. F.; MALLIS, G. I.; BAER, P. N. Effects of anesthetics containing epineprine on catecolamine levels during periodontal surgery. **J. Periodont.**, v. 6, p. 553-558, 1990.
7. HALL, M. B. Perioperative cardiovascular evaluation. **Oral Maxillofac. Surg. Clin. N. Am.**, v.4, n.3, p. 577-590, 1992.

8. KOMATSU, C. **Efeitos do exercício físico na hipertensão renovascular crônica em ratos.** Tese (Mestrado), Piracicaba, 1998, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, 13 p.
9. KUMAR, V.; COTRAN, R. S.; ROBBINS, S. L.. **Patologia básica.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 5. ed,1994.
10. KWON, P. H.; LASKIN, D, M. **Clinician's Manual of Oral and Maxillofacial Surgery.** Illinois:Quintessence Books, 3. ed, 2001.
11. MARTIN, I. C. Medical problems with local analgesics. **Dent. Update** (Suppl. n. 15), p. 10-13, 1988.
12. PARNELL, A. G. The medically compromised patient. **Int. Dent. J.** v. 36, n. 2, p. 77-82, 1986.
13. PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HUPP, J. R.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 3ed, 2000, cap. 11, p. 256-273.
14. PIPERNO, S.; KAIM, J. Epinephrine in local anesthesia – effect on the blood pressure of normotensive patients. **N. Y. St. Dent. J.**, v. 47, n. 7, p. 392-394, 1981.
15. SMITH, L. H. J.; THIER, S. O. **Fisiopatologia: Os princípios biológicos da doença.** São Paulo: Panamericana, 2. ed, 1990, cap. 6, p.295-404.

16. VERNALE, C. A. Cardiovascular responses to local dental anesthesia with epinephrine in normotensive and hypertensive subjects. **Oral Surg.**, v. 13, n. 8, p. 942-952, 1960.

UNICAMEROP
BIBLIOTECA