



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

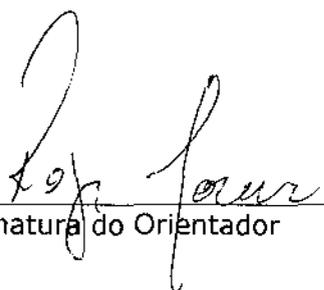
Monografia de Final de Curso

Aluna: Viviane Alfim Teixeira

Orientador: Roger William Fernandes Moreira

2006




Assinatura do Orientador

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

TCC 325

Viviane A. Teixeira

ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE FATORES SISTÊMICOS E COMPLICAÇÕES
PÓS-OPERATÓRIAS EM CIRURGIA BUCAL

Monografia apresentada ao curso de Odontologia
Da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, para obtenção
Do diploma de Cirurgião Dentista

Orientador: Profº Roger William Fernandes Moreira

Piracicaba
2006

Dedicatória

Dedico primeiramente a Deus, que fez possível a realização deste trabalho.

Dedico este trabalho ao professor Roger William Fernandes Moreira.

Dedico aos meus pais pelo apoio.

Dedico ao meu namorado pelo apoio e paciência durante a realização deste trabalho.

Dedico aos meus amigos que tornaram essa caminhada mais agradável.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Roger William Fernandes
Moreira, pela habilidade em que orientou
nosso trabalho.

Aos meus pais Arlindo Teixeira e Marizilda
A. Teixeira pelo apoio durante o curso de
graduação.

Aos meus amigos em especial Samantha C.
S. X. B. Cavalcanti pela colaboração e apoio
neste trabalho.

SUMÁRIO

1. Lista de abreviaturas e siglas.....	5
2. Resumo.....	6
3. Introdução	7
4. Objetivo.....	12
5. Materiais e métodos.....	13
6. Resultados.....	14
7. Discussão.....	16
8. Conclusão.....	17
9. Referências Bibliográficas.....	18

Lista de abreviaturas e siglas

Et al. = e outros (abreviatura de “et alii”)

Resumo

Este estudo teve por objetivo avaliar a relação de complicações pós-operatórias ocorridas em cirurgias bucais, em pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos. Foram analisados prontuários clínicos do período de julho de 2001 a julho de 2003, dos arquivos do Centro Cirúrgico da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. As fichas analisadas apresentaram pacientes com idade entre 6 e 90 anos, sendo 62% desses pacientes do sexo feminino e 38% do sexo masculino. 7,34% do total de fichas analisadas apresentaram pacientes que relataram ser tabagistas e 7,39% relataram uso de álcool. Foram registrados 5,7% de casos de pacientes portadores de diabetes; 7,4% de hipertensão arterial; 5,7% de desordem neurológica. Entre as ocorrências de complicações pós-operatórias foram registrados 3,7% de casos de infecção; 0,3% de casos de hemorragia, 1 caso de deiscência de sutura; 1,00% de casos de trismo, casos registrados de hematoma e parestesia. 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.

Introdução

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. A prevenção das complicações cirúrgicas é fundamental no tratamento odontológico e primeiramente devemos avaliar o risco, realizando uma anamnese cuidadosa apurando precisamente a história médica do paciente. Os sinais vitais devem ser registrados, tirar radiografias, analisá-las e um exame clínico deve ser realizado cuidadosamente. Embora qualquer paciente possa apresentar complicações, algumas condições sistêmicas predis põem os pacientes a complicações. Uma vez que esses pacientes propensos a desenvolverem complicações tenham sido identificados, o dentista pode prevenir a ocorrência da maioria dos problemas pela modificação do modo com que se provê a cirurgia oral.

Nos dias de hoje, aumentou bastante o número de pacientes portadores de doenças sistêmicas que procuram tratamento odontológico, como é o caso dos hipertensos, diabéticos e pacientes com alergias. Esta situação obriga o cirurgião-dentista a buscar novos conhecimentos para que o atendimento destes grupos de pacientes seja feito com maior segurança.

Diabetes Mellitus é uma doença sistêmica crônica que afeta o metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas. Uma das causas é a diminuição ou a deficiência da resposta secretora de insulina, que se traduz em comprometimento da utilização de carboidratos, bem como a hiperglicemia resultante (Kumar *et al*, 1994). 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 basicamente, em duas formas, tipo I e II. O tipo I é o diabetes mellitus insulino-dependente, e anteriormente conhecido como diabete de início juvenil ou com tendência à cetose. A segunda forma é o tipo II ou diabetes mellitus não-insulino-dependente, anteriormente conhecido como diabete de início na vida adulta. O diabete tipo II divide-se ainda em duas formas do obeso e não obeso (Kumar *et al*, 1994).

A hipertensão arterial tem sido denominada como sendo uma patologia que, atualmente, é 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, na sua fase inicial, muitas vezes provoca alterações que não são percebidas pelos pacientes. Porém as suas conseqüências assumem proporções assustadoras, 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).

A hipertensão arterial pode ser definida como uma pressão arterial acima de 140/90 mmHg. Quando persistente e não controlada, pode levar ao óbito (Andrade, 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).

Os cuidados com paciente hipertenso incluem o uso de um protocolo de redução

de ansiedade e monitoração dos sinais vitais. Os anestésicos locais devem ser utilizados com cuidado (Peterson *et al*, 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, quer endógenos quer 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 epigástrico, mandíbula, base do pescoço e braço esquerdo (Andrade, 2000). A dor geralmente dura alguns minutos (Kwon & Laskin, 2001).

A insuficiência cardíaca congestiva é uma doença na qual há uma diminuição da contractilidade 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).

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. O médico deve ser consultado para estabelecer plano de tratamento (Peterson *et al*, 2000).

Os pacientes que voluntariamente relatam história de abuso de álcool ou nos quais 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 (Peterson *et al*, 2000).

Objetivo

Este estudo retrospectivo teve por objetivo avaliar a relação de complicações pós-operatórias ocorridas em cirurgias bucais, em pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos, realizadas no centro de cirurgia buco-maxilo-facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba..

Material e métodos

Foram analisados 1468 prontuários clínicos do período de julho de 2001 a julho de 2003, dos arquivos do centro cirúrgico da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, dos quais 259 não continham procedimentos cirúrgicos realizados e dos 1209 prontuários restantes podemos registrar 1758 procedimentos cirúrgicos isoladamente.

As fichas foram analisadas registrando-se dados relativos à idade, gênero, raça, queixa principal, fatores sistêmicos como tabagismo, alcoolismo, doenças sistêmicas como diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias, distúrbios de coagulação, desordens neurológicas, dentre outros. Também foram registradas as ocorrências de complicações pós-operatórias tais como infecção, hemorragia, deiscência de sutura, trismo, necrose tecidual, dentre outras. Os resultados serão demonstrados descritivamente comparando o número de complicações cirúrgicas em pacientes saudáveis e pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos.

Os dados foram tabulados no programa Excel para o Microsoft Windows® (Microsoft® Excel 2002 54870-640-1203177-17130), para o cruzamento dos dados e análise dos resultados.

Resultados

Foram registrados procedimentos cirúrgicos em pacientes com idade entre 6 e 90 anos de idade, sendo 38% do sexo masculino e o restante do sexo feminino. Foram atendidos pacientes das raças melanoderma, leucoderma e parda.

A queixa principal dos pacientes atendidos variou entre dor (522 casos), estética (11 casos), procura por exodontia simples (47 casos), fratura (12 casos), frenectomia (4 casos), exodontia de dente incluso (148 casos), tratamento de lesões (50 casos), indicação ortodôntica (471 casos), indicação protética (42 casos), exodontia de raiz residual (17 casos), exodontia de dente semi-incluso (10 casos), exodontia de dente supranumerário (27 casos) e exodontia de terceiro molar erupcionado (397 casos).

7,34% dos pacientes relataram ser tabagistas, 7,39% fazem consumo de álcool, 5,7% dos pacientes tem diabetes, 7,4% hipertensão arterial, 0,1% cardiopatia, 5,7% desordem neurológica, nenhum caso de distúrbio de coagulação foi registrado, 3,7% dos casos apresentaram infecção, 0,3% hemorragia, 1 caso de deiscência de sutura, 1,0% de casos de trismo, nenhum caso de necrose tecidual foi registrado, foram registrados ainda casos de edema, equimose, hematoma e parestesia e pacientes com alergia, anemia, bronquite, deficiência física, gastrite, hepatite, hipoglicemia, hipotensão, hipotireoidismo e usuários de drogas ilícitas (maconha e cocaína).

Foram registrados 65 casos de infecção, 4 ocorreram em pacientes fumantes, 2 em pacientes que relataram o consumo de álcool, 1 em paciente com desordem neurológica, 5 em pacientes com alergia, 1 em paciente com hipoglicemia, 1 em paciente com hipotireoidismo, 4 em pacientes usuários de drogas ilícitas, não houve nenhum caso de infecção nos pacientes diabéticos, assim como nos pacientes hipertensos e cardiopatas.

Foram registrados 6 casos de hemorragia, 1 ocorreu em paciente fumante, 1 em

paciente que relatou o consumo de álcool, não houve nenhum caso de hemorragia nos pacientes diabéticos, nenhum caso em pacientes com desordem neurológica, assim como nos pacientes hipertensos e cardiopatas.

O único caso de deiscência de sutura registrado ocorreu em paciente com desordem neurológica, que também apresentou quadro de infecção, tendo passado por exodontia de dente incluso.

Foram registrados 18 casos de trismo, 2 ocorreram em pacientes alérgicos e 1 em paciente com hipotireoidismo. Não houve nenhum caso de trismo em paciente fumante, diabético, hipertensos, cardiopatas, pacientes com desordem neurológica ou em pacientes que relataram o consumo de álcool.

Foram registrados 10 casos de parestesia, 4 casos de equimose e 1 de hematoma no pós-operatório.

Discussão

As infecções odontogênicas, geralmente são leves e de fácil tratamento. Elas podem necessitar apenas da administração de um antibiótico, ser mais complexas e requerer incisão e drenagem, ou, ainda, ser muito complicadas e exigir internação do paciente em hospital. Algumas infecções que ocorrem na cavidade oral podem ser prevenidas se o cirurgião utilizar adequada antibioticoterapia profilática (Peterson *et al*, 2000). 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 (3,7%), principalmente nos pacientes com doenças sistêmicas. Block & Kent (1997) apresentaram um índice de infecção semelhante ao presente estudo 3,03%.

A porcentagem das complicações pós-operatórias foi menor nos pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos, pela preocupação com a prevenção no tratamento odontológico, principalmente para estes pacientes. De acordo com Bennet (1983), que afirmou 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 de fatores sistêmicos seja ainda maior.

Conclusão

Após análise e discussão dos resultados obtidos, concluímos que:

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 bucais e em pacientes com envolvimento de fatores sistêmicos.

Referência bibliográfica

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 catecholamine 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.