

RASPAGEM EM CAMPO ABERTO EM PACIENTE PORTADOR DE ARRITMIA E USUÁRIO DE ANTICOAGULANTES

Pesquisadores: MARTINS, Jéferson Bruno*

BELLAVER, Felipe**

CECCONELO, Rodrigo***

COMUNELLO, Soraia Maria Hack

DALLANORA, Lea Maria Franceschi

DO AMARAL, Roberto Cesar

WESOLOSKI, Claudia Irene

Curso: Odontologia

Área do conhecimento: Área das Ciências da Vida

RESUMO

A doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória que atinge os tecidos periodontais de proteção e suporte dos dentes formando bolsas. Estas, caso sejam maiores que 7 mm e persistentes após a raspagem convencional, indica-se a raspagem a retalho. Com o presente trabalho buscou-se descrever, por meio de um relato de caso, a realização do procedimento periodontal de raspagem a retalho em paciente que faz uso de terapia anticoagulante e os cuidados necessários para esse procedimento. O atendimento odontológico foi realizado no componente curricular Clínica Integrada I, seguindo os protocolos da Unoesc para atendimento de pacientes apresentando coagulopatia adquirida, sob a avaliação do RNI (Relação Normatizada Internacional), o qual deve estar dentro dos padrões preconizados para pacientes coagulopatas (2,0 a 3,5), possibilitando, assim, a manutenção da medicação anticoagulante. Dessa forma, o paciente permaneceu sob menor risco de eventos tromboembólicos, permitindo a realização do procedimento cirúrgico periodontal. Na literatura pode-se encontrar diversas técnicas das quais o cirurgião-dentista pode lançar mão quando se opta por uma raspagem a retalho. Neste caso, a escolha da técnica recaiu sobre a de Widman Modificado, indicada para áreas posteriores, pois possibilita melhor acesso a essas áreas, preenchendo, dessa forma, os requisitos para a realização da cirurgia periodontal nos elementos 17 e 18, visto que esta apresenta diversas vantagens, como melhor exposição dos sítios que serão raspados, melhor adaptação dos tecidos moles à superfície radicular, sem grandes perdas estéticas em anteriores, e a eliminação da gengiva marginal livre, onde se encontra a maior infecção tecidual, além de favorecer a resposta cicatricial.

* jefmart16@yahoo.com.br

** fe.ballaver@hotmail.com

*** rodrigo.cecconello@unoesc.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Segundo Almeida (2000), a destruição periodontal ocorre em razão da migração do epitélio juncional apicalmente, transformando em bolsa o que antes era apenas sulco gengival. A doença periodontal crônica pode ser caracterizada clinicamente pela vermelhidão da gengiva, sangramento e baixa resistência dos tecidos à sondagem da bolsa, apresentando profundidade de sondagem superior a 3 mm (LINDHE; KARRING; LANG, 2005).

De acordo com Almeida (2000), “[...] a profundidade da bolsa inicial é um dos fatores decisivos quanto à escolha do tratamento mais adequado.” Pacientes fumantes apresentam maior perda de inserção em relação aos não fumantes, independente da terapia periodontal realizada.

Entre os objetivos da terapia periodontal está a restauração da saúde periodontal por meio do controle da doença, o que condiz com a literatura pesquisada. Botero (2012), em seu estudo, expõe os principais objetivos da terapia periodontal: “Os objetivos do tratamento periodontal são: de imediato, é prevenir e controlar a doença bloqueando os mecanismos patogênicos e outro ideal que é promover a saúde por meio da regeneração da forma, função, estética e conforto perdido.”

Pacientes que apresentam riscos de acidentes tromboembólicos e que fazem uso de anticoagulantes podem representar um desafio para o profissional desatualizado e, por consequência, despreparado, que na maioria das vezes acredita que a suspensão da medicação anticoagulante seja a melhor alternativa, colocando em risco a saúde do paciente (SILVA FILHO, 2007).

Segundo Magro (2011), “O manejo de portadores de coagulopatias requer um diagnóstico preciso da deficiência de coagulação do paciente, bem como um planejamento juntamente com o hematologista do pré, trans e pós-cirúrgico.”

Sabendo-se que os tratamentos cirúrgicos são mais traumáticos, de acordo com Magro (2011):

Como os tratamentos cirúrgicos oferecem riscos para esse tipo de paciente, esses devem sempre ser discutidos e autorizados pelo hematologista. É essencial a realização de uma avaliação clínica e radiográfica, avaliação da complexidade do procedimento cirúrgico, da necessidade do esquema de reposição de fatores de coagulação e do terapêutico ou profilático de antibióticos. Durante o procedimento usar técnicas que sejam as menos traumáticas possíveis, além de uma sutura muito bem realizada.

Buscando atender ao requisito de técnicas menos traumáticas e mais eficientes, Knowles et al., em 1979, compararam em seu estudo a efetividade da raspagem subgengival, da remoção cirúrgica da bolsa e do Retalho Modificado de Widman (RWM), e constataram que em bolsas > 7 mm o mais efetivo é o RWM, sem diferença significativa de traumatismo transcirúrgico.

Com este artigo tem-se como objetivo apresentar, por meio de um relato de caso, a realização de raspagem periodontal em paciente que faz uso de anticoagulante e os cuidados necessários para esse procedimento.

2 RELATO DE CASO

Paciente M. S., 51 anos, sexo masculino, hipertenso controlado, relatando fazer uso de terapia anticoagulante (Pradaxa 150 mg, Boehringer Ingelheim), compareceu à Clínica Odontológica da Unoesc para uma consulta de rotina. Ao realizar o exame clínico e periodontal, diagnosticou-se periodontite crônica generalizada severa, com prognóstico questionável. O exame periodontal foi realizado com o auxílio de uma sonda milimetrada, sondando seis sítios por dente (MV, V, DV, ML, L e DL), mantendo-a paralela ao longo do eixo do dente e exercendo pressão sobre os tecidos de apenas o peso do instrumento. Ao fazer a análise do prontuário, foram encontradas a terapia periodontal convencional, realizada em todos os elementos dentais, e a terapia periodontal cirúrgica, realizada nos elementos 12, 13, 14 e 15. Todos apresentaram respostas positivas ao tratamento anterior a que foram submetidos, exceto os elementos 17 e 18. O elemento 17 apresentou bolsa periodontal de 5-8 mm nos sítios vestibular, disto-vestibular e disto-lingual, e o elemento 18, bolsa periodontal de 9 mm na lingual e de 7 mm na vestibular e lesão de furca grau III (Fotografias 1 e 2). Os demais dentes apresentavam controle da saúde periodontal. Todos os elementos dentais apresentavam mobilidade a qual tinha sua intensidade variando de grau I a grau II.

Fotografia 1 – Aspecto clínico inicial



Fonte: os autores.

Fotografia 2 – Sondagem



Fonte: os autores.

Na anamnese não foi encontrado nenhum fator sistêmico de risco à doença periodontal (DP); foi diagnosticada apenas a falta de comprometimento com a higiene oral, porém este fator já tinha sido controlado. No decorrer do tratamento o paciente foi instruído quanto aos

fatores etiológicos da DP e recebeu também instruções de higiene oral. É importante identificar os fatores de risco e, assim, contorná-los para devolver ao paciente o estado de saúde ou controle da doença, no caso, da DP.

O tratamento proposto foi a raspagem periodontal a retalho dos dois elementos, pois além de não ter havido a melhora dos sítios previamente raspados pela terapia convencional, eles são classificados como região de difícil acesso, e esse predicado é agravado pelo fato de o paciente possuir pequena amplitude de abertura bucal, além de tecidos bucais pouco elásticos. Assim, constatou-se a necessidade de complementação por meio da raspagem a retalho dos elementos 17 e 18.

Foi seguido o protocolo de biossegurança preconizado no Componente Curricular Clínica Integrada I da Unoesc. O anestésico utilizado foi a Lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 no volume total de dois tubetes, para bloqueio do nervo alveolar superior posterior direito e do nervo palatino maior direito, e complementação após 35 minutos. A técnica cirúrgica utilizada foi a de Widman Modificada, confeccionada com lâmina de bisturi número 15c, envolvendo os dentes 17 e 18 e a área correspondente ao 16 com cunha distal no elemento 18 (Fotografias 3, 4 e 5).

Fotografia 3 – Incisão



Fonte: os autores.

Fotografia 4 – Rebatimento



Fonte: os autores.

Fotografia 5 – Raspagem



Fonte: os autores.

Após rebatimento do retalho com descolador de Molt, observou-se grande quantidade de tecido de granulação e cálculo na área, os quais foram removidos com uso de curetas Gracey, mini-five, universal e limas Dunlop (Fotografia 6). Depois da raspagem realizou-se o alisamen-

to radicular com as curetas Gracey. A área foi limpa com soro fisiológico, e o retalho foi reposicionado e suturado com fio de seda 4.0, com a técnica de sutura colchoeiro vertical nas áreas de papila interproximal e pontos simples na extensão distal do retalho (Fotografias 7 e 8).

Fotografia 6 – Remoção de Cálculo



Fonte: os autores.

Fotografia 7 – Sutura



Fonte: os autores.

Fotografia 8 – Pós-operatório imediato



Fonte: os autores.

A medicação prévia prescrita foi a profilaxia antibiótica com Amoxicilina 2 g, uma hora antes da cirurgia, pois o paciente apresentava alterações cardiovasculares (arritmia e HAS), mais Dexametasona 8 mg, três horas antes da cirurgia. Já a medicação pós-operatória prescrita foi a Dipirona 500 mg de seis em seis horas por três dias mais antisséptico oral de clorexidina

0,12% para aplicação com hastes flexíveis de algodão sobre a ferida cirúrgica após a higiene oral durante sete dias. Recomendou-se que não fosse realizada escovação na área por dois dias e que o paciente ficasse em repouso pelo mesmo período. Após sete dias, o paciente retornou à clínica para remoção da sutura.

3 DISCUSSÃO

Nematullah et al. (2009) citam em seu estudo a relação do INR (índice de normatização internacional) com a hemorragia transoperatória. A maioria dos estudos inclui pacientes usuários de anticoagulante para a fibrilação atrial ou valvulopatia nativa que são mantidos a INRs menores (2.0-3.0). Seria de se esperar que os pacientes desses estudos mostrassem menor incidência de sangramento do que os pacientes encontrados em outros estudos, os quais possuem próteses de válvulas cardíacas sob terapia anticoagulante e têm seu INRs mantidos terapêuticamente mais elevados (2.5-3.5). Além do INR, habilidade cirúrgica, a complexidade do procedimento cirúrgico, comorbidades como doença do fígado ou discrasias sanguíneas e o efeito combinado de terapia antiplaquetária com agentes anti-inflamatórios não esteróides podem aumentar o risco de hemorragia durante um procedimento cirúrgico.

A utilização de anticoagulantes orais de uso contínuo por indivíduos com algum tipo de comprometimento vascular ou cardíaco torna imprescindível a realização de uma anamnese cuidadosa quanto ao controle de episódios hemorrágicos ou tromboembólicos e de uma avaliação clínica multiprofissional (DANTAS; DEBONI; PIRATININGA, 2009).

O controle médico do grau de anticoagulação do paciente é imperativo e deve ser realizado periodicamente para verificar se o nível terapêutico necessário está sendo mantido; para isso, é utilizado o tempo de protrombina, cujo resultado pode ser expresso em segundos, em atividade de protrombina ou em INR, que devem ser realizados num intervalo de, no máximo, quatro semanas, como preconizado pelo *American College of Chest Physicians* (2008 apud DANTAS; DEBONI; PIRATININGA, 2009).

De acordo com Dantas, Deboni e Piratininga (2009), de maneira geral, o intervalo terapêutico do INR deve ficar entre 2.0 e 3.5, mas, dependendo do tipo de doença apresentada pelo paciente, valores maiores de INR são considerados terapêuticos. As recomendações de alguns autores para vários procedimentos cirúrgicos odontológicos indicam que, para exodontias simples ou quando mínimo sangramento é esperado, um INR menor que 4.0 é aceitável; para casos de sangramento moderado, cirurgias de terceiros molares ou exodontias múltiplas, o INR deverá ser reduzido; em casos em que hemorragia maior é esperada, um INR menor que 3.0 é indicado; e quando o INR estiver acima de 5.0, cirurgias não devem ser realizadas.

O Comitê Britânico de Hematologia descreve que o risco de sangramento nesses pacientes, quando se mantém o INR entre 2 e 4, é pequeno para cirurgias odontológicas; sendo assim,

a interrupção do anticoagulante não seria justificada, além de aumentar o risco de trombose (DANTAS; DEBONI; PIRATININÇA, 2009).

Em termos gerais, os pacientes submetidos à terapia antitrombótica crônica devem manter seus medicamentos quando são submetidos a procedimentos dentários. Possíveis complicações são menores e de fácil resolução, enquanto a sua suspensão pode levar a complicações que podem ser fatais. Especial atenção deve ser dada aos pacientes que utilizam mais de uma medicação, portadores de doenças concomitantes, que usam drogas anticoagulantes de última geração, e às interações com drogas prescritas durante o tratamento odontológico. Nesses casos, a consulta médica poderá ser necessária (CARRIZO; CARRASCO, 2015). Visto que os exames coagulatórios do paciente se encontravam dentro da faixa terapêutica, optou-se pela manutenção da medicação anticoagulante, com o intuito de evitar riscos de acidentes tromboembólicos, assim como referenciado na literatura encontrada.

Pacientes portadores de arritmia representam manifestações de cardiopatia aterosclerótica subjacente. Quando significativas, aumentam o risco de angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, crises passageiras de isquemia e acidentes vasculares cerebrais, justificando a manutenção de sua medicação anticoagulante e a prescrição de profilaxia antibiótica (TEIXEIRA et al., 2008).

A terapia periodontal cirúrgica está indicada para áreas previamente tratadas com persistentes sinais clínicos de inflamação sem redução de profundidade de bolsa, com a presença de bolsas profundas (≥ 7 mm), acesso inadequado para raspagem e alisamento radicular convencional, dificuldade do controle de placa e correção de defeitos estéticos gengivais, além de proporcionar melhor visualização das superfícies radiculares (LINDHE; KARRING; LANG, 2005). Como previamente mencionado, o paciente já havia sido submetido a tratamento periodontal anteriormente, sem resultados significativos. Dessa forma, optou-se pela raspagem a retalho. A escolha da técnica cirúrgica recaiu sobre o Retalho de Widman Modificado, pois ele apresenta como vantagens melhor acesso, adaptação íntima dos tecidos moles à superfície radicular e menor exposição das superfícies radiculares, além de expor, transcirurgicamente, os sítios de raspagem com o mínimo de trauma aos tecidos, o que consolida a sua indicação para a área em questão.

Em comparação com a técnica convencional, a terapia cirúrgica traz como vantagem uma raspagem e um alisamento mais efetivos, melhor regeneração tecidual em bolsas > 7 mm, além de permitir higiene oral mais efetiva em razão da remoção cirúrgica de parte da bolsa periodontal correspondente à gengiva marginal livre removida com o retalho.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o apresentado, a terapia periodontal cirúrgica deve ser realizada quando outras terapias, menos invasivas, foram ineficazes em bolsas iguais ou maiores do que 7 mm.

Neste caso, como o paciente fazia uso de anticoagulantes, há que se atentar para os efeitos dessa medicação durante e após o procedimento cirúrgico. O que se observa na maioria dos casos é que os procedimentos podem ser realizados com segurança mantendo-se a medicação em pacientes anticoagulados por dicumarínicos e com INR menor que 4, desde que os princípios de técnica cirúrgica atraumática sejam seguidos rigorosamente e, se necessário, com o auxílio dos hemostáticos locais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. L. P. F. A. **Avaliação longitudinal de sítios periodontais através de terapia cirúrgica e não cirúrgica, monitorados por meio de avaliação de alterações no nível de inserção, utilizando sonda computadorizada de força constante.** 2000. Dissertação (Mestrado em Periodontia)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- BOTERO L. et al. Terapia periodontal no quirúrgica. **Rev Fac Odontol Univ Antioq.**, v. 23, n. 2, p. 334-342, 2012.
- CARRANZA, F. et al. **Periodontia Clínica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- CARRIZO A.; CARRASCO D. Oral surgery in patients under antithrombotic therapy. Narrative review. **J. Oral Res.**, v. 4, i. 1, p. 58-64, 2015.
- DANTAS, A. K.; DEBONI, M. C. Z.; PIRATININGA, J. L. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. **Rev. Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, 2009.
- KNOWLES, J. W. et al. Comparison results following three modalities of periodontal therapy related to tooth type and initial pocket depth. **J. of clin. Periodontal.**, v. 7, p. 32-47, 1980.
- LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- MAGRO, A. L. Manejo odontológico de pacientes com coagulopatias – revisão de literatura e relato de caso: síndrome de Bernard Soulier. **RFO**, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 193-199, maio/ago. 2011.
- NEMATULLAH, A. et al. Dental Surgery for Patients on Anticoagulant Therapy with Warfarin: A Systematic Review and Meta-analysis. **JCDA**, v. 75, i. 1, Feb. 2009.
- SERVILHA, E. A. M. Estresse em professores universitários na área de fonoaudiologia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-52, jan./fev. 2005.
- SILVA FILHO P. M. et al. Interferência da Doença Periodontal na Anticoagulação Oral em Pacientes Cardiopatas: Efeito do Tratamento Periodontal na Anticoagulação Oral. **Rev Port Cardiol.**, v. 26, p. 977-989, 2007.
- TEIXEIRA, C. da S. et al. Tratamento odontológico em pacientes com comprometimento cardiovascular. **Revista Sul-brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 1, p. 68-76, 2008.