

# Cirurgia Oral em Pacientes sob Terapia com Anticoagulantes Orais: Revisão da Literatura e Apresentação de Dois Casos Clínicos

Felipe Moura Araujo\*; Marcos Vinicius do Nascimento Lopes\*; Rodrigo López Alvarenga\*\*; Graziella López Alvarenga\*\*\*; Leandro Napier de Souza\*\*\*\*

\*Aluno do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil, \*\* Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil, \*\*\* Farmacêutica pela Universidade de Granada, Espanha, \*\*\*\* Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestre e Doutorando em Estomatologia pela UFMG. Professor Adjunto de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil.

[Araujo FM, Lopes MVN, López Alvarenga R, López Alvarenga G, Souza LN. Cirurgia Oral em Pacientes sob Terapia com Anticoagulantes Orais: Revisão da Literatura e Apresentação de Dois Casos Clínicos. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac 2010;51:219-224]

## Key-words:

Oral anticoagulants;  
Oral surgery;  
Haemostatic procedures;  
Anticoagulation therapy

## Palavras Chave:

Anticoagulante oral;  
Cirurgias orais;  
Conduas hemostáticas;  
Terapia anticoagulante

**Abstract:** The treatment of patients under oral anticoagulation and undergoing oral surgery procedures remains controversial. The current professional practice recommends suspension or reduction of the dosage of anticoagulants, but recent studies emphasize that this behavior causes a greater risk to the patient. In such a way, this paper aims to review the literature concerning pre, per and post operator care in patients receiving continuous oral anticoagulants and undergoing oral surgery as well as report of two cases.

**Resumo:** O tratamento de pacientes que fazem terapia medicamentosa contínua com anticoagulantes orais e que irão se submeter a procedimentos cirúrgicos permanece controverso. A maioria dos profissionais recomenda suspender ou diminuir a dosagem dos anticoagulantes, mas trabalhos recentes mostram que esta conduta causa um risco maior ao paciente. Desta forma, este trabalho tem por objectivo realizar uma revisão de literatura sobre as condutas pré, trans e pós-operatórias em pacientes que utilizam anticoagulantes orais e que se submetem a cirurgias orais, bem como relatar 02 casos clínicos-cirúrgicos.

## INTRODUÇÃO

Problemas sistémicos como embolia pulmonar, fibrilação atrial, válvula cardíaca artificial, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda ou arterial, enfarte agudo do miocárdio, entre outras patologias sistémicas, estão na base do tratamento profilático com anticoagulantes<sup>(1-6)</sup>. Sua administração pode ser feita por via endovenosa, oral e subcutânea como tratamento profilático de distúrbios tromboembólicos, sendo ineficazes quando há trombos já formados<sup>(7,8)</sup>.

A varfarina é o anticoagulante oral mais utilizado em todo mundo<sup>(9,10)</sup>, sendo que na América do Norte, por exemplo, mais de quatro milhões de pacientes fazem uso deste medicamento. O tempo de meia-vida plasmática da varfarina é de aproximadamente

37 horas e seu efeito resulta predominantemente na redução do factor II da coagulação, a protrombina<sup>(1,4)</sup>.

O crescimento do número de indivíduos submetidos a esta terapêutica reflecte-se nos consultórios médico-dentários, uma vez que as cirurgias orais são procedimentos comuns, em especial, as extracções dentárias<sup>(11)</sup>. Perante este quadro epidemiológico, existem opiniões controversas tanto na área médica como na medico-dentária, em como realizar um tratamento dentário cirúrgico em pacientes sob o tratamento com anticoagulantes.

A conduta mais utilizada há vários anos é de que a dosagem do medicamento deveria ser interrompida ou reduzida alguns dias antes da cirurgia<sup>(12)</sup>. Em uma pesquisa, constatou-

## Correspondência para:

Leandro Napier de Souza  
E-mail: napier@lifecenter.com.br

-se que mais de 70% dos médicos entrevistados orientam a interrupção do tratamento para a maioria dos procedimentos dentários<sup>(13)</sup>. No entanto, hoje em dia, alguns autores sugerem a realização do procedimento sem qualquer interrupção ou modificação do tratamento, mas com ênfase em medidas preventivas e de hemostasia local<sup>(2,4,9,11,12,14-16)</sup>.

A questão chave a ser discutida entre médicos e médicos dentistas é: suspender ou não a terapia medicamentosa de anticoagulante na realização de procedimentos cirúrgicos bucais e o que deve ser considerado nesta decisão, pois se verifica que esta determinação parece não ser baseada em dados científicos e sim, em mitos<sup>(16)</sup>.

No passado, alguns autores propuseram que o tratamento anticoagulante deveria ser interrompido 2 a 6 dias antes de extracções dentárias, argumentando que havia ocorrido hemorragias severas em vários casos. Por outro lado, tem sido relatada a “hipercoagulação rebote” após interrupção da terapia, pois ocorre uma superprodução da protrombina ou activação plaquetária, quando a varfarina é abruptamente interrompida<sup>(17)</sup>.

Em estudo comparativo feito com um grupo de pacientes que continuaram em uso do anticoagulante com outro grupo que interrompeu o tratamento ou que a dose foi alterada, mostrou que ocorreu pequeno sangramento em somente 41 dos 210 (19,5%) pacientes que continuaram a fazer uso do medicamento e em 40 dos 212 (18,9%) pacientes que interromperam ou alteraram a dosagem da terapia medicamentosa antes da cirurgia. Concluiu-se que o risco de sangramento não foi significativamente maior para os pacientes que não interromperam ou alteraram a dosagem do medicamento. Embora a maioria dos pacientes não tenha apresentado efeitos adversos como resultado da interrupção da terapia de anticoagulante, Wahl<sup>(16)</sup> constatou, na sua revisão bibliográfica, uma complicação severa e quatro óbitos devido a tromboembolismo.

Wahl<sup>(16)</sup> confirma esta tese, reafirmando que as complicações hemorrágicas são passíveis de ocorrer numa frequência três vezes menor quando interrompido o regime de terapia anticoagulante, se comparada ao risco de complicações embólicas observadas em pacientes nos quais não se suspendeu o tratamento. Os pacientes são expostos ao desenvolvimento de tromboembolismo, de enfarte do miocárdio e de acidentes cérebro-vasculares, pois após a interrupção do uso dos anticoagulantes orais, se instala uma hipercoagulação que gera quadro de trombose<sup>(18,15)</sup>.

Diante dessa despadrão e da incerteza de qual a melhor conduta a seguir em pacientes anticoagulados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Comité Internacional

sobre Trombose e Hemostasia e o Comité para a Padronização em Hematologia recomendaram a adopção de um sistema uniforme chamado de *International Normalized Ratio* (INR)<sup>(8)</sup>. O teste de INR foi instituído em 1983 para padronizar o valor calculado, a partir da relação entre o tempo de protrombina (PT) do paciente e a média do intervalo normal da coagulação. A partir deste valor, há correcção através da multiplicação pelo Índice de Sensibilidade Internacional (ISI), que se baseia em uma avaliação quantitativa da resposta da tromboplastina em comparação com a de referência<sup>(19)</sup>. O valor de referência do INR é 1 e, quanto maior o valor do INR, menor a coagulação sanguínea.

Embora INR não seja um conceito novo, ainda há muita insegurança em relação a este teste. Em uma pesquisa realizada na América do Norte, constatou-se que 73% dos cirurgiões bucomaxilofaciais utilizam o INR como exame, mas apenas 21% confiam apenas neste teste, sendo que a OMS aconselha que somente o INR já é suficiente como exame pré-operatório em pacientes anticoagulados<sup>(8,19)</sup>. O nível de INR varia de acordo com a patologia de base do paciente, mas, de maneira geral, é recomendado um intervalo terapêutico entre 2.0 e 3.5<sup>(20)</sup>.

Para a realização de cirurgia oral em pacientes anticoagulados deve-se levar em consideração o procedimento que será realizado. Alguns autores sugerem valores de INR considerados apropriados para alguns procedimentos<sup>(20)</sup>:

- Remoção de um único dente ou quando a hemorragia esperada é mínima, é indicado INR até 4.0;
- Para caso de hemorragia moderada, cirurgia de terceiros molares ou exodontias múltiplas, INR aceitável de até 3.5;
- Casos em que hemorragia maior é esperada, recomenda-se INR menor que 3.0;
- Não realizar qualquer tipo de procedimento, se INR acima de 5.0.

Blinder *et al.*<sup>(11)</sup> e Carter *et al.*<sup>(17)</sup> preocuparam-se em salientar a necessidade de medidas pré, trans e pós-operatórias para o controle hemostático, uma vez que julgam ser inapropriada a suspensão do anticoagulante oral. Em relação à preparação pré-cirúrgica, orienta-se mensurar o valor do INR momentos antes da cirurgia.

Já durante a cirurgia, visa-se a necessidade de aplicação de medidas locais para o controle da hemostasia. É sugerido o seguinte protocolo de controle hemorrágico: pressão local com gaze embebida ou irrigação com 10 mL de ácido tranexâmico (antifibrinolítico local); se esta técnica não obtiver sucesso, realizar uma nova curetagem e aspirar para manter o local mais seco possível. Após este procedimento, aplicar cola de fibrina, recurso este que imita a fase final da coagulação ocor-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3173941>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3173941>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)