

## QUANDO FAZER UMA CIRURGIA BUCAL NA GESTAÇÃO?

MARCOS VINICIUS PEGORARO<sup>1</sup>; MARIA LUIZA MARINS MENDES<sup>2</sup>; FELIPE CAMACHO CANTARELLI<sup>3</sup>; FLÁVIA PRIETSCH WENDT<sup>4</sup>; VANESSA POLINA PEREIRA DA COSTA<sup>5</sup>; ANA REGINA ROMANO<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [pegoraretomarcos@hotmail.com](mailto:pegoraretomarcos@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [maria.mmendes@hotmail.com](mailto:maria.mmendes@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [felipecc@hotmail.com](mailto:felipecc@hotmail.com)

<sup>4</sup>Hospital Escola/EBSERH – [flaviapw@hotmail.com](mailto:flaviapw@hotmail.com)

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – [polinatur@yahoo.com.br](mailto:polinatur@yahoo.com.br)

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – [ana.rromano@gmail.com](mailto:ana.rromano@gmail.com)

### 1. INTRODUÇÃO

Vários fatores levam a intervenção cirúrgica buco-maxilo-facial (BMF) durante a gestação: cárie dentária, traumas causados por veículos automotores ou violência física, patologias e infecções bucais. O tratamento é direcionado para otimizar a saúde materna, minimizando o risco fetal (FLYNN; SUSARLA, 2007). Durante a gravidez, os mecanismos para manter a homeostase sofrem mudanças, sendo fundamental o conhecimento da fisiologia, juntamente com uma revisão abrangente do histórico médico e cirúrgico da paciente. Especificamente, as alterações nos sistemas cardiovascular, respiratório, circulatório e gastrointestinal requerem monitoramento cuidadoso pelo profissional, pois podem exigir adaptações nos protocolos de tratamento (FLYNN; SUSARLA, 2007).

Existe um consenso que os procedimentos eletivos, como cirurgias ortognáticas e cosméticas, devem ser adiados até o pós-parto (FLYNN; SUSARLA, 2007; TURNER; SHAHID, 2002). A cirurgia dentoalveolar deve ser direcionada para alívio da dor e eliminação da infecção, neoplasia, reparo de lesões traumáticas (FLYNN; SUSARLA, 2007) e alterações da mucosa sintomáticas como o granuloma piogênico (JAFARZADEH; SANATKHANI; MOHTASHAM, 2006).

O cirurgião-dentista deve estar capacitado para atuar de forma satisfatória no atendimento à gestante, indicando medicação de suporte se necessário. No entanto, os profissionais carregam receios específicos durante os procedimentos em gestantes, como o medo de radiografar, de prescrever medicamentos e de anestesiá-los (ROCHA et al., 2018). O objetivo deste trabalho foi revisar o protocolo para a realização de intervenções cirúrgicas bucais no atendimento odontológico as gestantes, dentro do pré-natal odontológico, ofertado pelo projeto de Extensão Atenção Odontológica Materno-Infantil (AOMI) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas.

### 2. METODOLOGIA

Foram organizados e revisados diferentes protocolos clínicos para o cuidado de saúde bucal na gestação. As condutas foram baseadas nas evidências e na experiência acumulada nos 20 anos do projeto AOMI, conduzindo protocolos clínicos seguindo o modelo descrito por Weneck, Faria e Campos (2009), realizando a junção das evidências com a experiência, competência e ética para a elaboração dos protocolos de conduta. Para a atualização das evidências científicas foi conduzida uma busca eletrônica da literatura nas bases de dados dos seguintes bancos: PubMed, Scielo, Lilacs e Web of Science e outras referências relevantes de citações, livros, trabalhos acadêmicos e sites

nacionais e internacionais. A partir da busca bibliográfica, de outras referências relevantes de citações e também de livros específicos, trabalhos acadêmicos e sites nacionais e internacionais, foram incluídas 204 referências, sendo 11% de período anterior a 2008 e 47% dos últimos cinco anos. Este estudo é um recorte, abordando a realização de cirurgia bucal na gestação.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O nível de evidência é muito baixo para procedimentos cirúrgicos BMF na gestação, mas somados experiência acumulada no projeto AOMI de 20 anos de atuação, foi possível elaborar protocolo para a indicação de intervenção cirúrgica na gestação (Figura 1). É importante avaliar cada caso individualmente, observando o estado sistêmico, psicológico e físico da paciente. Os casos de dor e trauma, que necessitam de atenção imediata devem ser separados de procedimentos eletivos, que podem receber intervenção após o parto.

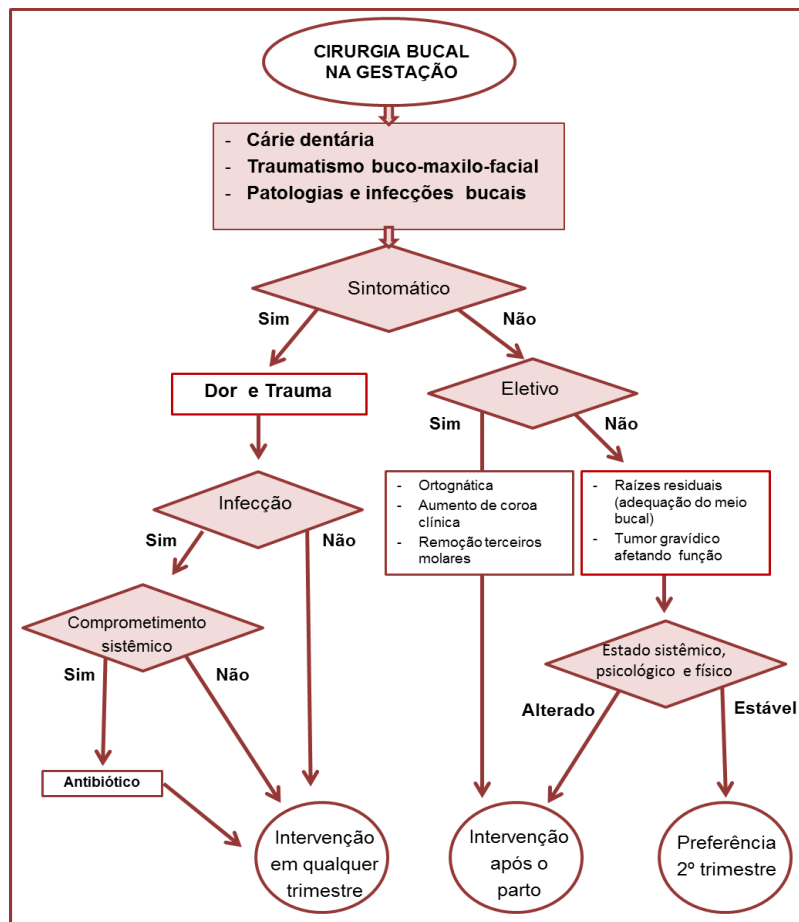
Infecções BMF na mulher grávida devem ser tratadas imediatamente. Infecções bucais têm sido relacionadas a resultados adversos na gravidez, como pré-eclâmpsia, parto prematuro e aborto (ÇELEBI et al., 2013). De uma forma geral, o manejo de infecções leves devem ser gerenciados por incisão e drenagem com cobertura antibiótica. A gestante é mais suscetível à infecção por vários motivos, como alterações hormonais e imunossupressão leve causada pelo estado gravídico (TURNER; SHAHID, 2002). O risco de bacteremias de origem bucal parece estar relacionado à extensão dos traumatismos dos tecidos moles produzido pelo tratamento odontológico e do grau de doença inflamatória local pré-existente (CAMARGO et al., 2006). A imunossupressão seria uma das indicações de realização de profilaxia de infecção pós-operatória, mas existe uma tendência em evitar o uso profilático de antibióticos associado a procedimentos dentários (WANNMACHER, 2013).

No entanto, manipular sem nenhum cuidado a cavidade bucal poderia levar a uma bacteremia transitória, sendo importante utilizar como rotina medidas não-medicamentosas como, por exemplo, a manutenção da correta higiene bucal e uso de bochecho de clorexidina antes dos procedimentos odontológicos usuais (WANNMACHER, 2013). É recomendável o uso rotineiro de clorexidina a 1 ou 2% previamente a qualquer procedimento invasivo, como procedimentos cirúrgicos ou periodontais para diminuição de bacteremias pós-cirúrgicas (HORTENSE et al., 2010). A clorexidina é um antimicrobiano de ação tópica, classificado com categoria B na gestação pela FDA (MENDIA; CUDDY; MOORE, 2012).

Para a realização de procedimentos cirúrgicos odontológicos é necessário o uso de anestésicos locais. Os anestésicos locais são as drogas mais comuns usadas em odontologia e a forma mais eficiente de controle da dor para pacientes que venham a receber tratamento odontológico. A droga anestésica mais recomendada é a lidocaína a 2%, classe B, 64% de ligação às proteínas plasmáticas e quatro de coeficiente de lipossolubilidade, com adrenalina 1:100.000, injetando lentamente e na quantidade máxima de dois tubetes, evitando assim o risco de reações adversas e toxicidade para a mãe e o feto (ATHER et al., 2020). Além disso, a aspiração negativa deve ser monitorada para garantir que o anestésico local não seja injetado no vaso sanguíneo (LEE; SHI 2017). O seu uso durante toda a gravidez tem sido considerado seguro (HAGAI et al., 2015). Os autores acompanharam 210 gestações expostas a anestésicos locais (112 [53%] no primeiro trimestre) e comparados com 794 gestações que não foram. Não houve diferença nas porcentagens de abortos, idade gestacional no parto ou peso ao nascer. As principais intervenções foram tratamento

endodôntico (43%), extração dentária (31%) e restauração dentária (21%). Os resultados deste estudo sugerem que o tratamento odontológico durante a gravidez, não representa maior risco teratogênico.

As gestantes podem e devem ser atendidas de forma resolutiva em qualquer trimestre gestacional com o objetivo de assegurar o desenvolvimento adequado da gestação, contribuindo para um parto saudável, evitando assim desconforto e complicações para as gestantes (FIGUEIREDO et al., 2017). Entretanto, o trimestre de gestação mais favorável para procedimentos mais invasivos é o segundo (NASEEM et al., 2016). Sendo assim, ao propiciar a atenção odontológica na gestação ao mesmo tempo, é realizado o pré-natal odontológico, fortalecendo a atenção nos mil dias da criança (ROMANO et al., 2020).



Obs.: o uso de clorexidina tópica a 1 ou 2% é indicado antes de qualquer procedimento invasivo.

Figura 1- Protocolo de indicação de intervenção com cirurgia bucal na gestação.

#### 4. CONCLUSÕES

A partir dos achados na literatura, que puderam ser observados no decorrer desse trabalho, podemos concluir que a realização de uma cirurgia bucal na gestação deve ser avaliada individualmente, considerando a condição bucal e o estado da gestante: sistêmico, físico e emocional. Estes fatores irão implicar diretamente na resolutividade do atendimento odontológico nas pacientes que se encontram em período gestacional.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHER, A. et al. Pharmacotherapy during pregnancy: An endodontists' perspective, **Journal of Endodontics**, 2020. Disponível em: Acesso em: 13 ago. 2020.

CAMARGO, M. A. et al. Bacteremias em Odontologia-profilaxia antibiótica. **Revista do Instituto de Ciências Saúde**, v. 24, n. 2, p. 137-140, 2006.

ÇELEBI, N. et al. Acute fetal distress following tooth extraction and abscess drainage in a pregnant patient with maxillofacial infection. **Australian Dental Journal**, v. 58, p. 117-119, 2013.

FIGUEIREDO, C.S.A. et al. Systemic alterations and their oral manifestations in pregnant women. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Research**, v. 43, n.1, p.16-22, 2017.

FLYNN, T. R.; SUSARLA, S. M. Oral and Maxillofacial Surgery for the Pregnant Patient. **Oral Maxillofacial Surg Clin N American**, v. 19, p. 207-222, 2007.

JAFARZADEH, H.; SANATKHANI, M.; MOHTASHAM, N. Oral pyogenic granuloma: a review. **Journal Oral Science**, v. 48, p. 167-175, 2006.

HAGAI, A. et al. Pregnancy outcome after in utero exposure to local anesthetics as part of dental treatment: a prospective comparative cohort study. **Journal American Dental Association**, v. 146, n. 8, p. 572-80, 2015.

HORTENSE, S. R. et al. Uso da clorexidina como agente preventivo e terapêutico na odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 178-184, 2010.

LEE, J. M.; SHI, T. J. Use of local anesthetics for dental treatment during pregnancy; safety for parturient. **Journal Dent Anesth Pain Med**, v. 17, n. 2, p. 81-90, 2017.

MENDIA, J.; CUDDY, M. A.; MOORE, P. A. Drug Therapy for the Pregnant Dental Patient. **Compendium of Continuing Education**, v. 33, p. 568-579, 2012

NASEEM, M. et al. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. **The Saudi Journal for Dental Research**, p.138-146, 2016. doi:10.1016/j.sjdr.2015.11.002.

ROCHA, J.S. et al. Determinants of Dental Care Attendance during Pregnancy: A Systematic Review. **Caries Res**, v.52, p.139–52, 2018. DOI: 10.1159/000481407

ROMANO, A.R et al. Atenção Odontológica Materno-Infantil: 20 anos realizando pré-natal odontológico e efetivando a atenção nos mil dias da criança, p.588-605.

TURNER, M.; SHAHID R.; AZIZ, S. R. Management of the Pregnant Oral and Maxillofacial Surgery Patient. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**, v. 60, p. 1479-1488, 2002.

WANNMACHER, L. Profilaxia antimicrobiana em Odontologia In: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia Clínica para dentistas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 351-359.

WENECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidados à saúde e de organização de serviços**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.