

TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM GESTANTES

DENTAL TREATMENT DURING PREGNANCY

Zahra Fernandes Ebrahim¹

Maria Cecília Querido de Oliveira¹

Maria Paula Siqueira de Melo Peres²

Juliana Bertoldi Franco³

RESUMO

O tratamento odontológico em gestantes ainda é motivo de insegurança para muitos profissionais, entre os quais os da área odontológica. Uma vez que a cavidade bucal sofre importantes modificações durante a gravidez, é essencial a manutenção da saúde oral. Dentre as alterações presentes, estão o aumento do índice de cáries dentárias, a erosão ácida do esmalte e, de suma importância, a maior predisposição à doença periodontal. A periodontite é uma inflamação destrutiva do periodonto e afeta cerca de 30% das mulheres em idade fértil. Estudos mostram que, quando a saúde oral da gestante é precária, os riscos de nascimento de bebês prematuros e de baixo peso são maiores. Há, ainda, uma parcela de gestantes que desenvolvem problemas ou agravos por serem portadoras de comorbidades pré-gestacionais ou adquiridas nessa fase, constituindo o grupo de “gestantes de alto risco”. A associação da gestação com patologias sistêmicas necessita de cuidados diferenciados pelo cirurgião-dentista, devendo este conhecer as implicações sistêmicas que cada patologia tem sobre a saúde geral das gestantes, além de instruí-las quanto à importância da saúde bucal e acompanhamento odontológico nesse período. Dessa forma, é possível minimizar os riscos associados à mãe e ao feto, decorrentes da má condição dos dentes e estruturas anexas e permitir a realização de qualquer procedimento odontológico com segurança e conforto para a paciente e o profissional.

Palavras-chave: Gestantes • Saúde bucal • Periodontite • Parto prematuro • Odontologia geral.

ABSTRACT

Dental treatment in pregnant women is a cause of insecurity for many professionals, including those in the dental field. The oral cavity undergoes significant changes during pregnancy, such as increased rates of tooth decay, acid erosion of enamel and predisposition to periodontal disease, it is essential to maintaining oral health. Periodontitis is a destructive inflammation of the periodontium, affecting about 30% of women on childbearing age. Studies show that when the pregnant woman's oral health is poor, the risk of preterm birth and low birth weight are higher, as well as the risk of vertical transmission of caries from mothers to children. There is also a portion of women who develop problems or diseases during this period for being with comorbidities pre-pregnancy or even acquired in this phase, constituting the group called “high-risk pregnancy.” The association of pregnancy with systemic diseases needs special care by the dentist, and this should meet the systemic implications that each disease has on the overall health of the mother and instruct the mothers about the importance of oral health and following the woman during this period. Thus, it is possible to minimize the risks associated with the mother and fetus, resulting from the poor condition of the teeth and associated structures, and allow any dental procedure with safety and comfort for the patient and the professional, to eliminate oral focus of infection, guided and encouraged the importance of oral hygiene, oral health and promoting quality of life.

Key words: Pregnant women • Oral health • Periodontitis • Infant, low birth weight • General practice, dental.

¹ Pós graduandas em Residência Multiprofissional em Odontologia Hospitalar - HCFMUSP

² Diretora da Divisão de Odontologia do Instituto Central (ICHC) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP); São Paulo, SP, Brasil.

³ Chefe do Serviço de Odontologia do Hospital Auxiliar de Suzano – HCFMUSP e Cirurgião-Dentista Assistente da divisão de Odontologia do Instituto Central - HCFMUSP



INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico em pacientes gestantes exige cuidados especiais para o bem-estar materno-fetal. A gravidez proporciona alterações fisiológicas que devem ser conhecidas e consideradas no tratamento odontológico. Quando a gestante é também portadora de uma ou mais condições patológicas, os cuidados devem ser somados ao tipo de patologia sistêmica e implicam diversas restrições, principalmente em relação aos medicamentos prescritos¹.

Além disso, devem ser considerados outros aspectos de interesse para o cirurgião-dentista, como os relacionados ao posicionamento da paciente na cadeira odontológica, uso de anestésicos locais, melhor época da gestação para o tratamento, controle da ansiedade e alterações fisiológicas da gravidez¹.

As alterações hormonais são notadas desde as primeiras semanas de gestação, seguidas de alterações metabólicas, anatômicas e cardiovasculares. Ocorre o aumento da volemia, do débito cardíaco e da frequência cardíaca, diminuição da resistência vascular e da pressão arterial até o início do terceiro trimestre, seguida por um leve aumento da mesma após esse período e durante o trabalho de parto^{2,3}.

A gestante apresenta-se, também, em estado de hipercoagulabilidade, além de ocorrer o aumento da frequência respiratória devido às maiores demandas por oxigênio (O₂) e hiperventilação⁴.

As doenças bucais, especialmente a doença periodontal (DP), estão associadas a diversas condições patológicas durante e após o período gestacional, tais como o parto prematuro e a ocorrência de baixo peso ao nascer, através de um² mecanismo indireto, envolvendo mediadores inflamatórios, ou direto, pelo ataque bacteriano ao âmnio⁵. A higiene oral deve ser enfatizada durante a gestação, de modo a prevenir os riscos à gestante e ao bebê,

garantindo melhor saúde sistêmica e qualidade de vida⁶.

Embora os estudos controlados não demonstrem um claro efeito do tratamento da doença periodontal na diminuição das condições patológicas descritas, a higiene oral deve ser enfatizada durante a gestação, de modo a prevenir os riscos à gestante e ao bebê e garantir melhor saúde sistêmica⁶.

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão da literatura a respeito das alterações orais e fisiológicas decorrentes da gestação, e os cuidados clínicos e farmacológicos, aos quais os cirurgiões-dentistas devem estar atentos de modo a nortear e orientar o tratamento odontológico em gestantes com segurança.

Importância do tratamento Odontológico para a gestante

A cavidade bucal é um órgão altamente vascularizado na qual todas as mudanças fisiológicas e imunológicas podem ter influência sobre suas estruturas⁷.

O acompanhamento da paciente grávida por um cirurgião-dentista (CD) durante todo o período gestacional é necessário, uma vez que muitas gestantes negligenciam sua higiene bucal devido a diversos fatores, entre os quais a falta de recursos financeiros, a limitada compreensão da população quanto à importância da saúde bucal, crenças infundadas a respeito do tratamento dentário na gestação e náuseas que dificultam o autocuidado oral⁸.

Uma boa saúde bucal protege a saúde da mulher, melhora sua qualidade de vida e tem o potencial de reduzir a transmissão de bactérias patogênicas da mãe aos filhos⁹. Além disso, tanto a doença periodontal quanto as cáries são tipicamente assintomáticas por longos períodos, ocorrendo exacerbações dolorosas conforme as doenças progridem sem intervenção adequada⁷.



Principais doenças bucais na gestação

Cárie dentária

As mulheres grávidas apresentam maior risco de cárie dentária por várias razões, incluindo aumento da acidez na cavidade oral, aumento da frequência de carboidratos ingeridos e descuido com a higiene oral. Filhos de mães que têm altos índices de cárie são mais propensos a adquirir a doença, por ser considerada transmissível¹⁰.

Estudos demonstram que o paladar do bebê se desenvolve em torno da 14ª semana de vida intrauterina, e caso a gestante faça consumo excessivo de açúcar, o líquido amniótico torna-se mais doce, levando a futura criança à preferência por alimentos adocicados¹¹.

A incidência da cárie dentária não está diretamente ligada à gestação, mas a fatores como a menor capacidade estomacal, que faz com que a gestante diminua a quantidade de ingestão de alimentos durante as refeições e aumente sua frequência, levando ao incremento de carboidratos na dieta que, associados ao descuido com a higiene bucal, ocasionam doença cárie ativa¹².

O controle de doenças bucais em mulheres grávidas reduz o risco de transmissão de bactérias orais aos filhos e retarda ou previne a infecção primária por estreptococos do grupo *mutans*, reduzindo o risco de futuras cáries em crianças⁹.

Erosão ácida

Durante a gestação, náuseas e vômitos são muito comuns, acometendo cerca de 70-85% das mulheres. Tais sintomas tendem a cessar após o primeiro trimestre de gestação, porém podem levar a erosões dentárias ou descalcificações do esmalte dos dentes, principalmente em faces palatinas e linguais, além de hipersensibilidade dentinária¹³.

Mudanças na composição salivar no final da gravidez e durante a lactação podem, também, predis-

por à erosão do esmalte temporariamente⁷.

Alterações nos tecidos gengivais e periodontais durante a gravidez

A doença periodontal (DP) afeta entre 15-30% da população em idade fértil, com uma proporção relativamente elevada em mulheres grávidas^{5,14}.

As variações nos hormônios sexuais femininos durante a gestação, como o aumento do estrógeno e da progesterona, têm um importante papel nas alterações periodontais, tornando os tecidos mais susceptíveis às respostas inflamatórias¹². O fluido crevicular gengival, presente na margem gengival, muitas vezes contém mediadores inflamatórios e patógenos bucais associados à doença periodontal. Os mecanismos subjacentes a esse processo destrutivo envolvem tanto dano tecidual direto, resultante de produtos da placa bacteriana, quanto dano indireto através da indução de respostas inflamatórias e imunológicas do hospedeiro em resposta a infecções bacterianas¹⁴.

A homeostase do periodonto envolve múltiplos fatores que podem modificar a expressão clínica da gengivite, entre os quais a quantidade de placa bacteriana e as variações na produção de hormônios sexuais^{7,15}.

Estudos clínicos relataram um aumento transitório na incidência e severidade da inflamação gengival durante a gravidez, não relacionada a variações na quantidade de placa presente¹⁶.

As teorias mais aceitas para descrever a repercussão da gravidez nas alterações periodontais incluem os efeitos hormonais sobre o biofilme subgengival, o sistema imunológico, a vascularização e as células específicas do periodonto. Dessa forma, a resposta do periodonto não está relacionada a um único mecanismo, mas sim a diversos mecanismos de natureza multifatorial¹⁶, sendo de grande relevância o fato de que a DP é uma infecção local, crônica, que pode levar a uma infecção sis-



têmica⁵.

De acordo com a teoria do sistema imunológico, os tecidos periodontais tornam-se mais propensos a desenvolver inflamação gengival durante a gravidez¹⁶.

Dentre as alterações gengivais mais comuns que podem ocorrer durante a gestação, pode-se citar a gengivite gravídica e o granuloma piogênico^{12, 17}.

A gengivite gravídica é clinicamente semelhante à gengivite induzida unicamente por biofilme, apresentando gengiva de coloração avermelhada, edemaciada e sangrante ao simples toque ou à escovação. Essa condição clínica corresponde a uma resposta exacerbada à presença de placa bacteriana e sua prevalência varia entre 35 e 100% das gestantes. Pode ser prevenida e desaparecer alguns meses após o parto, desde que os irritantes locais sejam eliminados através da remoção do biofilme bacteriano, por meio de uma boa higiene bucal ou profilaxia profissional¹².

O tumor gravídico, ou granuloma piogênico, é uma lesão benigna que surge geralmente no primeiro trimestre da gestação e acomete mais de 5% das gestantes. Pode resultar de traumatismos repetitivos e irritação local sobre os tecidos gengivais e ocorre preferencialmente na região anterior da maxila¹⁷.

Estudos indicaram que o estrógeno acelera a cicatrização dos tecidos através da produção de fator de crescimento neuronal (NGF) pelos macrófagos, aumentando o fator estimulador de colônias granulócito-macróforo (GM-CSF) em queratinócitos, o fator de crescimento básico de fibroblastos (FGFb) e o fator transformador de crescimento beta-1 (TGF β 1) em fibroblastos, levando à formação de tecido de granulação. Além disso, eleva a produção de fatores de crescimento endotelial vascular (VEGF) em macrófagos, o que pode explicar a ocorrência frequente da lesão

em gestantes¹⁷.

A remoção cirúrgica da lesão é indicada nos casos em que houver interferência na mastigação, dificuldade de higiene bucal ou em situações de ulceração. Do contrário, os irritantes locais devem ser removidos e o tumor preservado até o pós-parto, quando normalmente ocorre sua remissão espontânea¹⁷.

Parto prematuro e baixo peso ao nascimento.

O parto-prematuro (PP), compreendido como nascimento que ocorre entre 23 e 37 semanas de gestação¹⁸, pode trazer consequências graves às crianças, como maior risco de doenças neurológicas, distúrbios comportamentais, deficiências e elevados índices de problemas de saúde crônicos. Nos últimos anos, a infecção recebe maior atenção por ser fator de risco para o PP^{5, 18}.

A periodontite é uma doença infecciosa causada predominantemente por “Anaeróbias Gram-negativas” que colonizam a área subgengival. Essa condição, com o tempo, eleva a quantidade de mediadores inflamatórios locais, como prostaglandinas (PG), interleucina 1-b (IL-1b), IL-6, e TNF-a, alterando os níveis sistêmicos desses mediadores. Sugere-se, portanto, que a periodontite tem potencial de influenciar o nascimento prematuro e baixo peso ao nascer, através de um mecanismo indireto, envolvendo mediadores inflamatórios, ou através de um ataque bacteriano direto ao feto. Assim, cerca de 18% dos partos prematuros que dão origem aos recém-nascidos de BP atualmente podem ser atribuídos à DP⁵.

Estudos mostram que mães com saúde gengival satisfatória apresentam menor risco de PP e bebês de BP, o que ressalta a hipótese de que bactérias periodontopatogênicas, principalmente anaeróbios gram-negativos, podem servir como fonte de endotoxinas e lipopolissacarídeos, aumentando mediadores inflamatórios locais e sis-



têmicos, levando à ocorrência de PP⁷.

Outros estudos publicados sobre a influência da DP no PP mostraram que gestantes que foram submetidas a intervenções periodontais durante a gestação apresentaram menores taxas de bebês prematuros e BP ao nascerem, em comparação às que não receberam tratamento (13,5% vs 18,9%)¹⁵.

Entretanto, alguns estudos não encontraram nenhuma associação entre doença periodontal materna e nascimento prematuro de bebês e ainda não está claro se a DP leva a resultados adversos da gravidez de forma causal ou se as complicações gestacionais são devidas a outro fator maternal^{7,10}.

Embora a investigação ainda esteja em curso e as opiniões sejam conflitantes, as melhores evidências disponíveis até o momento mostram que o tratamento periodontal é seguro para a mãe e para o feto e melhora a qualidade de vida de ambos⁹.

Melhor momento para o tratamento odontológico

O segundo trimestre de gestação constitui-se na melhor época para o atendimento odontológico das gestantes. A escolha do período gestacional para o tratamento odontológico eletivo deve evitar a fase de embriogênese, na qual o feto está em formação (até 10ª semana da gravidez) e a fase próxima ao término da gestação, pelo desconforto à mãe e eventual risco do trabalho de parto desencadeado pela ansiedade¹³.

Entretanto, perante situações de urgência odontológica, como nos casos de dor decorrente de pulpite ou pericementite, pericoronarite, abscesso agudo, ou outros, o tratamento necessário deve ser realizado, independentemente do período no qual a gestante se encontra, tomando-se os devidos cuidados¹⁹.

Radiografias

Radiografias dos tecidos orais não são contraindicadas na gestação em virtude da exposição a níveis muito baixos de radiação, o que torna pequeno o risco de efeitos potencialmente nocivos⁹.

As radiografias devem ser utilizadas sempre que necessárias para concluir diagnósticos e estabelecer planos de tratamento. Como prática padrão, o profissional de saúde bucal deve fornecer proteção contra exposição à radiação para abdômen e pescoço da gestante, devendo-se colocar os braços sobre a barriga como proteção ao peso do avental de chumbo. Uma nova tecnologia dental radiográfica que também é segura durante a gravidez é a radiografia digital, cuja radiação é menor que as proporcionadas por radiografias convencionais⁹.

Posição da gestante na cadeira odontológica

Quando a gestante se deita de costas, o útero, no terceiro trimestre, pode comprimir a veia cava inferior e impedir, assim, o retorno venoso para o coração, o que pode levar à síndrome da hipotensão supina, síncope ocasionada pela circulação sanguínea paravertebral insuficiente⁹, ou ao reflexo vasovagal, em decorrência da diminuição do débito cardíaco. Este é passível de ser aumentado em até 20% quando a paciente passa da posição supina para o decúbito lateral esquerdo³.

Essa síndrome (que só ocorre em 15-20% das gestantes) pode ser evitada durante o tratamento odontológico, colocando-se a paciente em uma posição semi-reclinada, incentivando-se mudanças de posição frequentes, e/ ou colocando-se uma cunha debaixo de um dos seus quadris para deslocar o útero. Um pequeno travesseiro ou cobertor dobrado move o útero de forma a impedir a compressão da veia cava⁹.

As mulheres grávidas correm maior risco de aspiração gástrica, como resultado da redução do



tônus do esfíncter gastroesofágico. Manter uma posição semi-sentada e evitar sedação excessiva são necessários para prevenir a aspiração do conteúdo estomacal⁹.

Tratamento farmacológico

Até a década de 50, acreditava-se que a placenta funcionava como uma barreira, protegendo o feto de qualquer agressão farmacológica. Entre 1950 e 1960, cerca de dez mil crianças nasceram apresentando alterações congênitas importantes, associa-

das à utilização do medicamento talidomida, o qual era utilizado como potente agente sedativo, antiemético e hipnótico, o que alertou a comunidade científica da época, ficando o ocorrido conhecido como “tragédia da talidomida”²⁰.

Atualmente, sabe-se que a maioria dos fármacos atravessa a placenta e atinge a corrente sanguínea do feto, devendo o tratamento farmacológico durante a gestação ser administrado com cuidado e conhecimento do profissional⁹.

Quadro 1: Tratamento farmacológico em gestantes

Medicamento	Risco teratogênico	Restrições e considerações
Aspirina	Mínimo	- Evitar no 1º e 3º trimestres e durante amamentação. - Curtos períodos de uso.
Paracetamol	Nenhum a mínimo	Analgésico e antipirético de escolha.
Ibuprofeno	Mínimo	- Evitar no 1º e 3º trimestres e durante amamentação. - Curtos períodos de uso. - Não há restrições na amamentação.
Naproxeno	Mínimo	- Evitar no 1º e 3º trimestres e durante amamentação. - Curtos períodos de uso. - Não há restrições na amamentação.
Codeína	Improvável	- Em altas doses, pode causar depressão materna e sonolência nos lactentes.
Morfina	Improvável	- Sintomas de abstinência podem ocorrer no recém-nascido com seu uso prolongado ou crônico. - Em altas doses, pode causar depressão materna e sonolência nos lactentes. - Teratogênico quando em uso prolongado.
Penicilina	Nenhum	- Sem restrições
Amoxicilina	Improvável	- Sem restrições
Cefalosporina	Improvável	- Sem restrições
Clindamicina	Improvável	- Poucos estudos
Eritromicina	Mínimo	- Evitada devido à potencial hepatotoxicidade materna
Tetraciclina	Moderado para coloração dentária	- Evitar, durante a gravidez; uso depois de 25 semanas pode resultar na coloração dos dentes e possíveis efeitos sobre o crescimento ósseo
Claritromicina	Indeterminado	- Evitar uso, pois há poucos estudos em gestantes
Lidocaína (AL)	Nenhum	- Sem restrições

Fonte: Chisholm CA, Ferguson JE. Physiologic and pharmacologic factors related to the provision of dental care during pregnancy. CDA Journal 2010.



Agentes teratogênicos são os que atuam para, irreversivelmente, alterar a estrutura de crescimento ou função de desenvolvimento do embrião⁹. Para causar uma alteração no desenvolvimento, um teratógeno age durante períodos críticos do desenvolvimento embrionário ou fetal⁹.

Durante a organogênese (cinco a 10 semanas depois da última menstruação), tecidos fetais começam a se diferenciar, e esse intervalo é o período de maior vulnerabilidade aos agentes de risco⁹.

A síndrome de abstinência neonatal é um efeito colateral comum do uso prolongado de analgésicos, como o paracetamol associado a codeína, hidrocodona, meperidina e morfina. Desse modo, analgésicos comumente prescritos na Odontologia devem ser utilizados por curtos períodos de forma a se prevenir efeitos adversos⁹.

Outras drogas a serem evitadas durante a gestação são os ansiolíticos, entre os quais o diazepam, uma vez que causam depressão respiratória significativa, trazendo riscos à mãe e ao feto²¹.

No Quadro 1, estão presentes os medicamentos de uso rotineiro na Odontologia e considerações especiais.

Uso de anestésicos locais em gestantes

A escolha da solução anestésica local no tratamento odontológico de pacientes grávidas ainda é controversa, porém deve-se utilizar um anestésico local (AL) que proporcione a melhor anestesia à gestante, de modo a evitar dor e desconforto. Assim, o AL deve conter um agente vasoconstritor em sua composição de modo a retardar sua absorção, o que diminui sua toxicidade e aumenta o tempo de duração da anestesia, além de reduzir o sangramento local⁶.

A lidocaína com a epinefrina é o AL mais utilizado no mundo, sendo padrão de comparação (padrão-ouro) com outros anestésicos. Não é tera-

togênica e não apresenta efeitos adversos em humanos, ainda que atravessa a placenta. A Academia Americana de Pediatria permite o uso da lidocaína durante a lactação, pois, embora seja excretada no leite materno, as concentrações são baixas e não causam prejuízos ao bebê^{9,13}. No entanto, a quantidade máxima de anestésico não deve ultrapassar dois tubetes de uma solução de lidocaína a 2% por consulta, evitando-se, assim, o risco de reações adversas e toxicidade à mãe e ao feto¹⁹.

A prilocaína e a mepivacaína não são consideradas boas escolhas durante a gravidez, pois são rapidamente absorvidas e normalmente providas de uma solução mais concentrada, o que eleva seu potencial tóxico. Ademais, a administração de prilocaína, ao final do terceiro trimestre gestacional, potencialmente acarreta cianose por metemoglobinemia em recém-nascidos. No Brasil, os AL com base anestésica de prilocaína contêm a felipressina como vasoconstritor. Esta, derivada da vasopressina, possui semelhança estrutural à ocitocina, podendo levar à contração uterina quando em altas concentrações, sendo preferível evitá-la durante a gestação¹⁹.

Condições de alto risco na gestação

Existe uma parcela de gestantes que desenvolvem problemas ou agravos durante esse período por serem portadoras de comorbidades pré-gestacionais ou até mesmo adquiridas nessa fase específica. Essa parcela constitui o grupo denominado “gestantes de alto risco”, situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto, sendo definida como “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido tem maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada”^{6,22}.

Gestante cardiopata e hipertensa

A incidência da doença cardíaca na gravidez varia entre 1 e 7%, sendo a quarta principal causa de mortalidade materna e a causa de morte não-



-obstétrica mais frequente².

A realização de procedimentos odontológicos em pacientes cardíacos é imprescindível, uma vez que a presença de focos infecciosos na cavidade bucal (dentre os quais doença periodontal, cáries e lesões endodônticas) podem representar um fator de complicação pós-operatória e aumenta significativamente a incidência de bacteremia⁴.

Embora a ocorrência de bacteremias seja comumente relatada durante a realização de procedimentos odontológicos, estas podem ser causadas até mesmo por ações do cotidiano, como a escovação e a mastigação⁹.

AL em gestantes cardiopatas

Há controvérsias a respeito do uso de AL com vasoconstritores em gestantes cardiopatas. O efeito dos anestésicos sem vasoconstritores é pouco duradouro, sendo rapidamente absorvidos, o que confere aos mesmos alto potencial tóxico e efeito analgésico limitado, podendo levar a alterações hemodinâmicas e arritmias cardíacas, além de promover uma leve vasodilatação, com aumento do sangramento⁹.

Apesar das interações da epinefrina com beta bloqueadores, antidepressivos tricíclicos, diuréticos e cocaína serem relatadas na literatura, o uso de dois a três tubetes de lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (36-54 mg de epinefrina) parece ser bem tolerado na maioria dos pacientes, inclusive em indivíduos com hipertensão ou outras doenças cardiovasculares, sendo o uso da epinefrina mais benéfico que prejudicial ao cardiopata⁹.

A American Heart Association (AHA) e a American Dental Association (ADA) recomendaram o uso de vasoconstritores em todos os anestésicos locais, devido à satisfatoriedade da combinação quanto à eficácia. Porém, houve restrição da inclusão da epinefrina nos AL utilizados em pacientes com cardiopatias isquêmicas¹³.

Além disso, a aplicação de lidocaína com epinefrina para tratamento dentário exige cuidados adicionais com a quantidade de anestésico e injeções inadvertidas nos vasos sanguíneos maternos, sendo segura durante a gravidez contanto que a técnica empregada seja sensata e o volume da droga controlado¹³.

Agentes antitrombóticos

Pacientes em uso de agentes anticoagulantes, entre os quais a heparina e os anticoagulantes orais, exigem certas precauções durante os procedimentos dentários⁹.

Na gestação, quando necessária a administração de anticoagulantes, a droga de escolha é a heparina, uma vez que não é associada ao comprometimento fetal e seus efeitos maternos podem ser prontamente revertidos. Assim, é indicada a substituição da terapia com anticoagulantes orais, entre os quais a varfarina pela heparina durante o período de gravidez³.

Quanto aos antiagregantes plaquetários, não está indicada a suspensão de aspirina para a realização de procedimentos odontológicos. Algumas precauções e medidas podem ser adotadas para reduzir sangramento em pacientes em uso de drogas antitrombóticas. Dentre as medidas pré e trans-operatórias, pode-se citar: avaliar a história médica completa do paciente, minimizar o trauma cirúrgico, evitar a exodontia de mais de três dentes por consulta, reduzir as áreas de cirurgias e raspagem periodontal (planejar por quadrante), planejar as cirurgias no início do dia e no início da semana e solicitar exames laboratoriais^{7, 9}. O controle do sangramento pós-operatório pode ser prevenido através da remoção de suturas não absorvíveis após 4-7 dias, compressão com gaze por 15-30 minutos após o procedimento cirúrgico, utilização de agentes coagulantes como esponja de gelatina, celulose, colágeno sintético, ácido tranexâmico e métodos de síntese adequados para coaptar as bordas adequadamente⁹.



Profilaxia antibiótica

Uma das relações mais importantes entre foco bucal e risco à gestante portadora de valvopatia é, de fato, a endocardite infecciosa (EI), na qual o *Streptococcus viridans* é um dos principais agentes etiológicos¹³.

A EI pode acometer outras estruturas do cora-

ção, como o endocárdio das comunicações interventriculares e as próteses valvares, causando sequelas graves, e, muitas vezes, o óbito. Tal aspecto evidencia a importância da manutenção da saúde bucal durante o pré-natal até o momento do nascimento da criança, perdurando por toda a vida da mãe¹³.

Os antibióticos comumente utilizados para a

Quadro 2: Condições de alto risco para EI de acordo com a AHA 2007

Válvulas cardíacas protéticas ou material protético usado para reparo de válvulas cardíacas;
História prévia de endocardite infecciosa
Doenças Cardíacas Congênitas (DCC):
- DCC cianótica não reparada, incluindo casos com shunts e condutos paliativos;
- Defeito cardíaco congênito completamente reparado com material ou dispositivo protético, se colocados por cirurgia ou intervenção com catéteres, durante os primeiros 6 meses após o procedimento;
- DCC reparada com defeitos residuais no sítio ou adjacente a ele de um curativo ou dispositivo protético (inibem a endotelização).
Pacientes que receberam transplante cardíaco e desenvolveram valvulopatia cardíaca.

Fonte: Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007 Oct 9;116(15):1736-54. Epub 2007 Apr 19.

Quadro 3: Esquema profilático de EI para procedimentos odontológicos cruentos, segundo a AHA (2007)

Grupo de pacientes	Antibiótico	Via de administração	Dose (única, 30 – 60 minutos antes do procedimento)
Primeira escolha	Amoxicilina	VO	2 gramas
Impossibilitados de tomar medicação via oral	Ampicilina	IV ou IM	2 gramas
Alérgicos à penicilina e ampicilina	• Cefazolina ou ceftriaxona	• IV ou IM	• 1 grama
	• Clindamicina	• Oral	• 600 mg
	• Cefalexina	• Oral	• 2 gramas
	• Azitromicina ou claritromicina	• Oral	• 500 mg
Alérgicos à penicilina/ ampicilina e impossibilitados de tomar medicação via oral	• Clindamicina	• IV	• 600 mg
	• Cefazolina ou ceftriaxona	• IV ou IM	• 1 grama

Fonte: Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation*. 2007 Oct 9;116(15):1736-54. Epub 2007 Apr 19.



profilaxia de EI (amoxicilina, eritromicina) em procedimentos odontológicos podem interferir no metabolismo de anticoagulantes orais, porém não existe necessidade de alterar a terapia anticoagulante quando uma única dose de antibiótico profilático é utilizada⁹.

Indivíduos em uso de marca-passos e desfibriladores cardíacos implantáveis (CDI) não são afetados pelo uso de alta ou baixa rotação, misturador de amálgama, LASER, escovas de dente elétricas, ultrassons endodônticos ou periodontais, e realização de radiografias. No entanto, o uso do eletrocautério tem diretrizes específicas⁹.

As novas recomendações da AHA (2007) propõem que a profilaxia antibiótica da EI seja realizada previamente a “todos os procedimentos odontológicos que envolvem manipulação do tecido gengival ou da região periapical ou perfuração da mucosa bucal”, em pacientes com condições cardíacas de alto risco para a EI²³, especificadas no Quadro 2, tais como os esquemas profiláticos utilizados, no Quadro 3.

O CD consegue através de simples cuidados evitar riscos e complicações em pacientes gestantes hipertensas durante o atendimento odontológico, através do monitoramento da pressão arterial (PA) a cada consulta, parcimônia no uso de anestésicos locais com vasoconstritores adrenérgicos e controle da ansiedade por meio de benzodiazepínicos (BDZ), o que vai reduzir o nível de catecolaminas circulantes^{1, 24}.

Os BDZ são drogas frequentemente prescritas a gestantes nos Estados Unidos, sendo que 2% das gestantes americanas receberam uma ou mais prescrições dos mesmos. No entanto, poucos estudos asseguram o uso dessa classe de medicamento durante a gestação e lactação. Quando não for possível evitar seu uso durante a gestação, deve-se optar por aqueles de meia-vida mais curta como alprazolam e lorazepam. Como os BDZ são detectados no

leite, essa classe de drogas deve ser evitada durante a lactação²⁴.

Gestante diabética

Dentre os achados bucais mais evidentes no paciente diabético estão o ressecamento e irritação da mucosa oral, diminuição do fluxo salivar e alterações de flora, com predomínio de *Cândida albicans*²⁵.

Existem maior prevalência e severidade das DP em pacientes diabéticos, sendo a diabetes mellitus (DM) uma das condições sistêmicas que agravam a resposta do periodonto à placa bacteriana. Em adição, foi observado que pacientes com melhora do índice de sangramento gengival apresentam diminuição dos índices de hemoglobina glicosilada, ou seja, o controle da DP auxilia no controle da DM. As periodontopatias estão, portanto, relacionadas ao agravamento da DM, e vice-versa, indicando a necessidade de terapia conjugada²⁵.

Quanto ao manejo de pacientes diabéticas, o CD deve optar por consultas no período da manhã, devendo a paciente ser instruída a se alimentar normalmente para reduzir a crise de hipoglicemia durante o procedimento odontológico. As consultas devem ser de curta duração, porém, quando de longa duração, interrompidas para a realização de um lanche rápido. Sempre que necessário, devem ser empregadas técnicas de sedação para reduzir o estresse do paciente diabético, como através do emprego de BDZ²⁵.

Para um tratamento mais seguro, devem ser solicitados exames laboratoriais para determinar a glicemia, sendo consideradas de alto risco pacientes cuja taxa de glicose no sangue, em jejum, encontra-se acima de 250mg/dl. Além disso, sinais sistêmicos importantes devem ser observados, entre os quais problemas frequentes envolvendo cetoacidose, hipoglicemia, múltiplas complicações do DM e nível de hemoglobina glicada acima de 9%²⁵.



Gestante imunossuprimida

São considerados imunossuprimidos pacientes em tratamento antineoplásico, como radioterapia e quimioterapia, com imunodepressão por uso de medicamentos (corticoterapia, imunossuppressores), indivíduos pós-transplantados, pacientes com doenças metabólicas (diabetes) ou pacientes com insuficiência renal ou hepática, e pacientes que apresentam condições sistêmicas imunodepressoras, como HIV + e doenças reumatológicas autoimunes, seja pela própria deficiência imune da doença de base ou pelo uso de terapia imunossupressora²⁶.

De acordo com Carvalho *et al.*²⁷ (2003), as manifestações estomatológicas mais comuns na fase de imunossupressão são a infecção herpética (46,8%), seguida por candidíase (40,6%), papiloma (9,3%), leucoplasia pilosa (6,2%), hiperplasia gengival induzida por ciclosporina (6,2%), tuberculose (3,1%) e aspergilose (3,1%). Assim, é de grande importância o diagnóstico e tratamento dessas lesões pelo CD, além da eliminação de focos infecciosos antes da cirurgia e o estímulo à higiene oral²⁷.

Apesar de estudos sobre profilaxia antibiótica em pacientes imunossuprimidos submetidos a procedimentos odontológicos cruentos serem ainda escassos, existe um consenso quanto aos riscos para infecção do sítio cirúrgico odontológico, o que indica a necessidade de profilaxia antibiótica em gestantes imunossuprimidas²⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Ocorrem diversas alterações fisiológicas na gravidez que devem ser conhecidas e consi-

deradas no tratamento odontológico.

- O segundo trimestre de gestação é o mais indicado ao tratamento odontológico, no entanto, a gestante deve ser atendida em qualquer período quando o tratamento requerido tem caráter de urgência.
- As doenças orais que mais acometem as gestantes são a cárie dentária, erosão ácida e, especialmente, a doença periodontal, podendo esta ser associada a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido.
- A melhor posição de atendimento à gestante é o decúbito lateral.
- A amoxicilina e o paracetamol são os medicamentos de escolha quando necessários, assim como a utilização da lidocaína com epinefrina nas anestésias locais.
- Não está contraindicada a realização de radiografias, contanto que sejam tomadas as devidas precauções.
- Quando a gestante é considerada de alto risco, os cuidados básicos devem ser somados aos cuidados específicos de cada patologia sistêmica.
- O tratamento odontológico é importante tanto para a saúde bucal como para a saúde sistêmica, sendo a associação entre a Odontologia e a Medicina essencial durante a gestação.



REFERÊNCIAS

1. Passarelli F, Neves I, Neves R, Ávila W. Cardio-patas e período gestacional: aspectos de interesse ao cirurgião-dentista. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2005; 2005;15:1-6.
2. Neves IL, Avila WS, Neves RS, et al. Maternal-fetal monitoring during dental procedure in patients with heart valve disease. *Arq Bras Cardiol.* 2009 Nov;93(5):463-742.
3. Nogueira A, Reis F, Reis P. A paciente gestante na unidade de terapia intensiva. *Medicina, Ribeirão Preto.* 2001;34:123-32.
4. Gualandro DM, Yu PC, Calderaro D, et al. II Guidelines for perioperative evaluation of the Brazilian Society of Cardiology. *Arq Bras Cardiol.* 96(3 Suppl 1):1-68.
5. Tarannum F, Faizuddin M. Effect of periodontal therapy on pregnancy outcome in women affected by periodontitis. *J Periodontol.* 2007 Nov;78(11):2095-103.
6. Brasil, Saúde Md, Saúde SdAà, Estratégias DdAP. Gestação de alto risco: manual técnico In: Saúde Md (ed). Volume 5. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010:302
7. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Matern Child Health J.* 2006 Sep;10(5 Suppl):S169-74.
8. Ozen B, Ozer L, Basak F, Altun C, Acikel C. Turkish Women's Self-Reported Knowledge and Behavior towards Oral Health during Pregnancy. *Med Princ Pract.* Dec 1.
9. Chisholm CA, Ferguson JE. Physiologic and pharmacologic factors related to the provision of dental care during pregnancy. *CDA Journal* 2010; 38 (9): 663-71.
10. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician.* 2008 Apr 15;77(8):1139-44.
11. Feldens EG, Feldens CA, Kramer PF, Claas BM, Marcon CC. A percepção dos médicos obstetras a respeito da saúde bucal da gestante. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2005;5:41-6.
12. Bastiani C, Cota A, Provenzano M, Fracasso M, Honório H, Rios D. Conhecimento das gestantes sobre alterações bucais e tratamento odontológico durante a gravidez. *Odontol Clín-Cient Recife.* 2010;9 (2):155-60.
13. Neves, Itamara Lucia Itagiba. Monitorização materno-fetal da portadora de doença valvar reumática durante procedimento odontológico sob anestesia local. 2007. Tese (Doutorado em Cardiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-18042007-090959/>. Acesso em: 2012-04-12.
14. Polyzos NP, Polyzos IP, Zavos A, et al. Obstetric outcomes after treatment of periodontal disease during pregnancy: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 341:c7017.
15. Avila WS, Timerman L, Romito GA, et al. Periodontal disease in pregnant patients with rheumatic valvular disease: clinical and microbiological study. *Arq Bras Cardiol.* Apr;96(4):307-11.
16. Carrillo-de-Albornoz A, Figuero E, Herrera D, Cuesta P, Bascones-Martinez A. Gingival changes during pregnancy: III. Impact of clinical, microbiological, immunological and socio-demographic factors on gingival inflammation. *J Clin Periodontol.* Oct 20.
17. Jafarzadeh H, Sanatkhani M, Mohtasham N. Oral pyogenic granuloma: a review. *J Oral Sci.* 2006 Dec;48(4):167-75.
18. Huck O, Tenenbaum H, Davideau JL. Relationship between Periodontal Diseases and Preterm Birth: Recent Epidemiological and Biological Data. *J Pregnancy.* 2011:1646-54.
19. Barbosa CP. Uso de Anestésicos Locais em Gestantes. Maringá: Centro Universitário de Maringá, 2003. 43 p.



20. Carmo TA, Nitrini SM. [Drug prescription for pregnant women: a pharmacoepidemiological study]. *Cad Saude Publica*. 2004 Jul-Aug;20(4):1004-13.
21. Blaya C, Lucca G, Bisol L, Isolan L. Diretrizes para o uso de psicofármacos durante a gestação e lactação. Porto Alegre, Artmed. 2005:393.
22. Almeida L, Constâncio J, Santos C, Silva T, Raposo M. Análise comparativa das PE e PI máximas entre mulheres grávidas e não-grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. *RevSaúdeCom*. 2005;1 (1):9-17.
23. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *Circulation* 2007 Oct 9;116(15):1736-54
24. Ferrão M, Pereira A, Gersgorin H, et al. Efetividade do tratamento de gestantes hipertensas. *Rev Assoc Med Bras* 2006;52(6):390-4.
25. Maia F, Rodrigues e Silva A, Magalhães de Carvalho Q. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção básica. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*. 2005;7(1):16-29.
26. Silva RB, Antonialli M, Menezes F, Nascimento J. Perfil da prescrição de antibioticoprofilaxia em exodontia por cirurgiões dentistas da cidade de São Paulo. *Arq Ciênc Saúde Unipar, Umuarama*. 2009;13(2):113-7.
27. Carvalho A, Figueira M, Melo S. Transplante renal: a influência da terapia imunossupressora na prevalência de manifestações estomatológicas. *Odontologia Clín-Científ Recife*. 2003;2(3):165-74.
28. Lopes DR, Peres MP, Levin AS. Randomized study of surgical prophylaxis in immunocompromised hosts. *J Dent Res*. 2011 Feb;90(2):225-9. Epub 2010 Nov 22.