

# Estratégias de anti-coagulação em cirurgia oral: pacientes com alto risco tromboembólico

Carvalho A<sup>1\*</sup>, Gamboa M<sup>2</sup>, Silva A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mestre em Medicina Dentária no ISCS-N

<sup>2</sup>Directora do Serviço de Cardiologia na ULS Guarda

<sup>3</sup>Professor de Cirurgia Oral na UCP

## Introdução

O número de pacientes anticoagulados em cirurgia oral é cada vez maior maioritariamente devido ao aumento contínuo de doenças cardiovasculares. A terapia anticoagulante é “the golden goal” para o tratamento e prevenção da doença tromboembólica como próteses cardíacas ou doença valvular cardíaca.<sup>1</sup>

Neste caso clínico estudaram-se dois pacientes com patologia clínica ambos com elevado risco embólico. O objectivo foi abordar qual a melhor estratégia para a descontinuação do anticoagulante oral em vista a um procedimento cirúrgico, neste caso dentário.

A terapêutica de substituição por heparina visa minimizar o risco para tromboembolismo arterial, como o AVC e a embolia sistémica.<sup>2</sup>

## Descrição dos Casos Clínicos

### Paciente 1

Homem

71 anos

Caucasiano

### História clínica

Sopro cardíaco em 1978

Pericardite em 1979

IC e FA crónica em 1989

Doença mitral com predomínio de estenose Interferência valvular aórtica  
Cirurgia cardíaca em 1990 (Próteses mecânicas mitral e aórtica—Medtronic-hall)

Assintomático desde 1990

### Medicação

Varfarina

Terapêutica cardiovascular

### Motivo da consulta:

“Quero fazer implantes dentários”

### Diagnóstico:

Maxilar superior

Desdentado parcial com ausência das peças dentárias : 15,16,24 e 25;

Maxilar inferior

Desdentado posterior com ausência das peças dentárias: 34, 35, 36, 37, 44, 45, 46 e 47.

### Plano de tratamento:

Maxilar superior direito

Colocação de implante 10mm, 4.1, BL Straumann no 14; Colocação de implante 8mm, WN, standard plus no 15.

Maxilar Superior esquerdo

Ponte metalo-cerâmica (4 elementos).

Maxilar inferior

Prótese esquelética de 6 dentes.

### Paciente 2

Mulher

67 anos

Caucasiana

### História Clínica

Cansaço durante a gravidez

FA e IC em 1994

Estenose mitral severa em 1994

Cirurgia cardíaca em 1995 (valvuloplastia mitral)

FA crónica desde 2003

IC por re-estenose mitral desde 2005

Cirurgia cardíaca em 2007 (prótese mitral mecânica -Medtronic-hall)

Assintomático desde 2007

### Medicação

Varfarina

Terapêutica cardiovascular

### Motivo da consulta:

“Tratar os dentes”

### Diagnóstico:

Maxilar superior

Desdentada parcial com 23,27 e 17 dentes remanescentes.

Prótese esquelética de 11 dentes.

Recessão gengival e comprometimento periodontal.

Maxilar inferior

Desdentada posterior com ausência das peças dentárias: 36, 37, 46 e 47;

Placa bacteriana;

Cárie no 38;

Resto radicular do 34 com tratamento endodôntico antigo.

### Plano de tratamento:

Maxilar superior

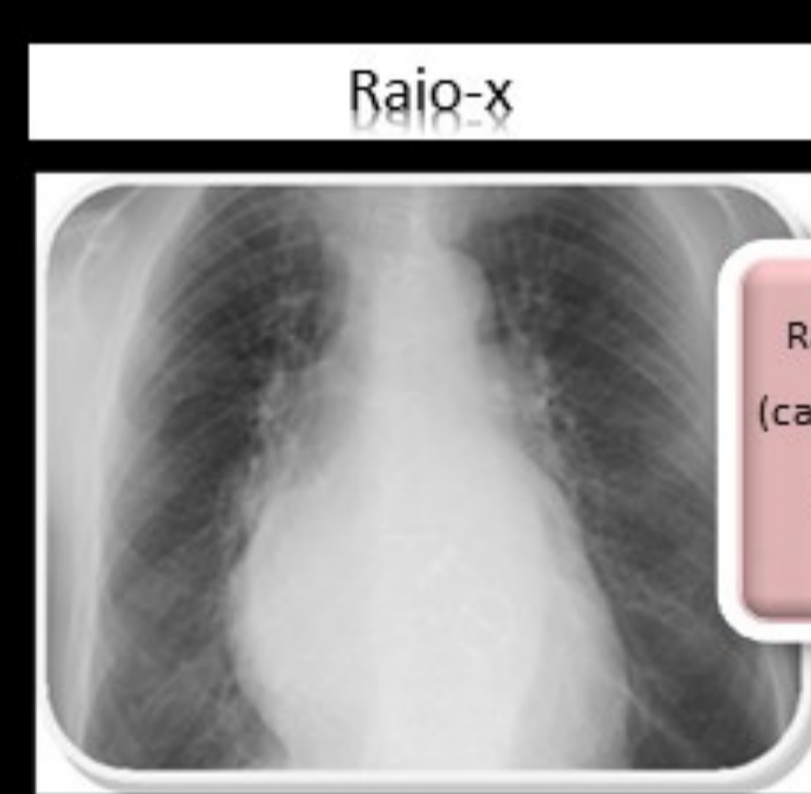
Tratamento endodôntico do 23 em sessão única—compromisso periodontal e recessão gengival.

Maxilar inferior

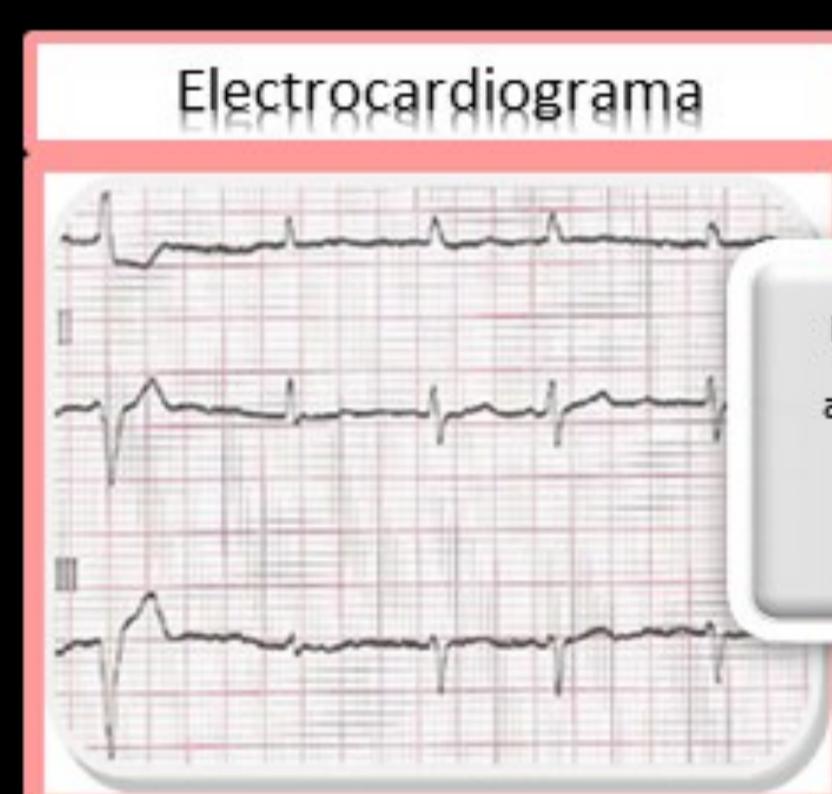
Restauração do 38 (V) e cirurgia com osteotomia do 34.



Próteses mecânicas mitral e aórtica do paciente 1



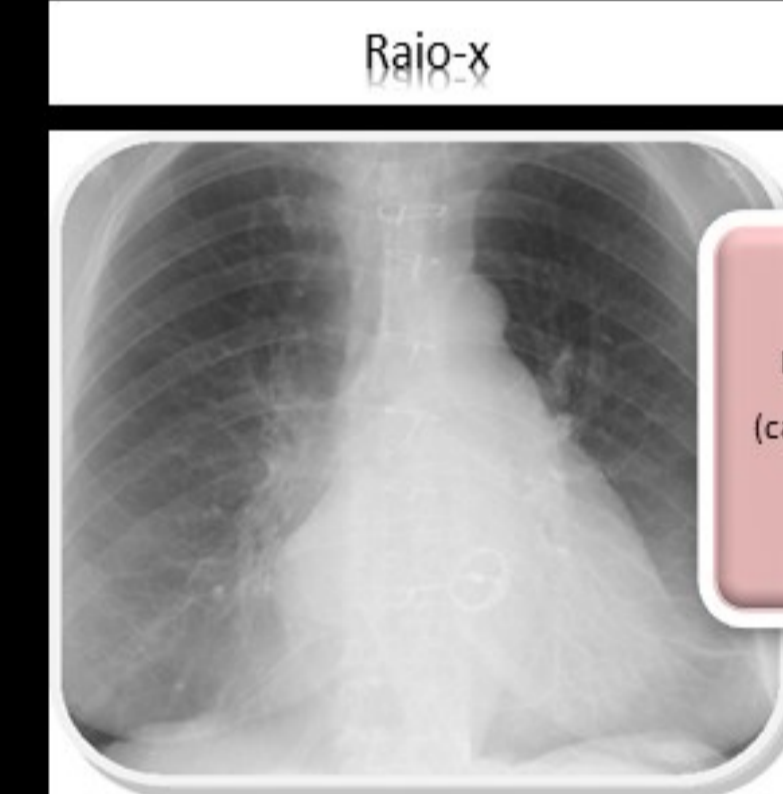
Raio-x ao tórax (cardiomegalia) do paciente 1



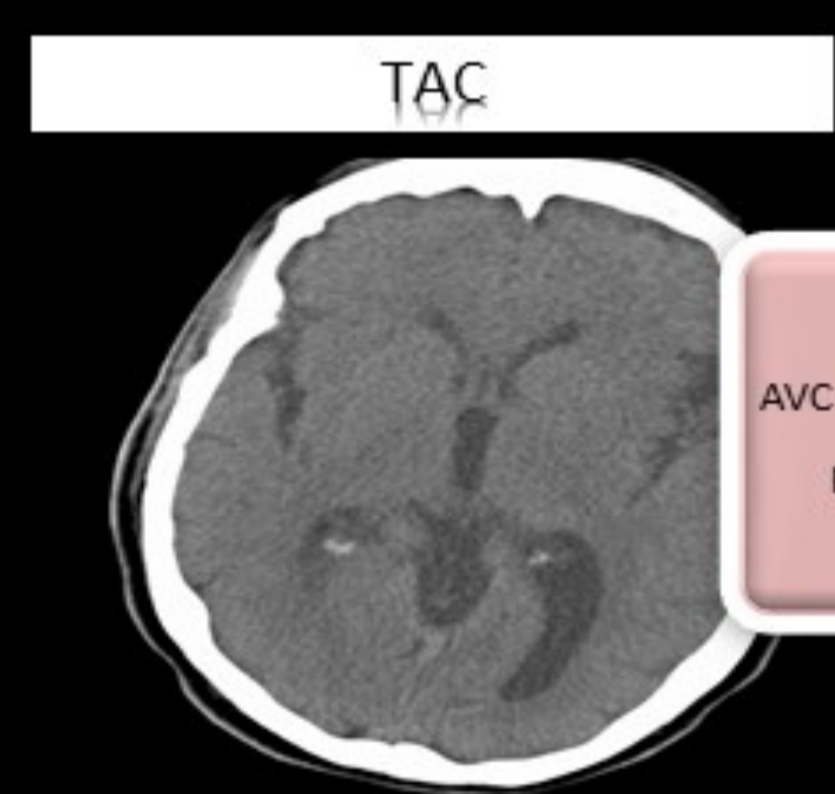
Fibrilhação auricular do paciente 1



Próteses mecânicas mitral do paciente 2



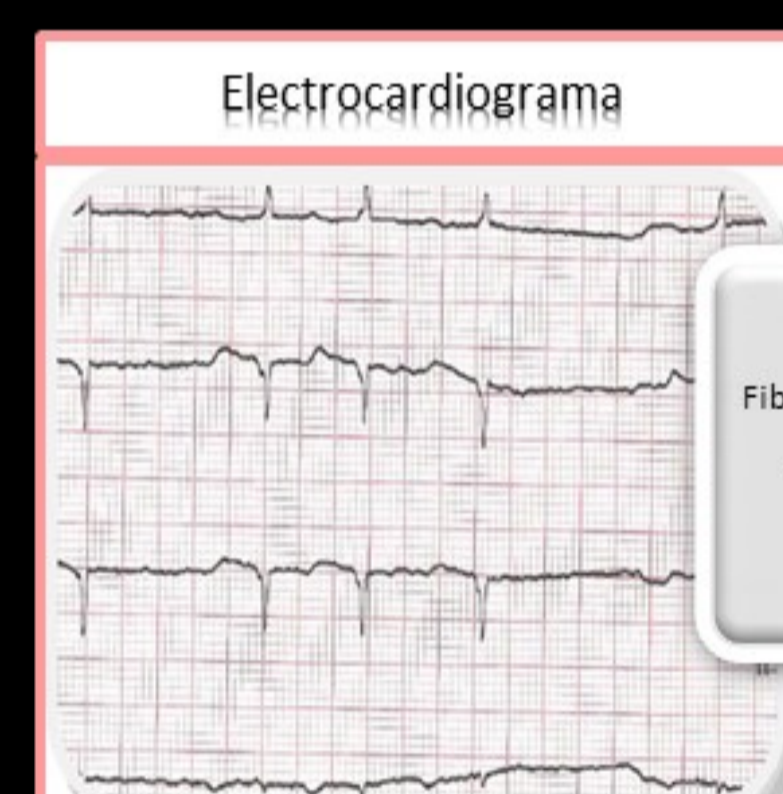
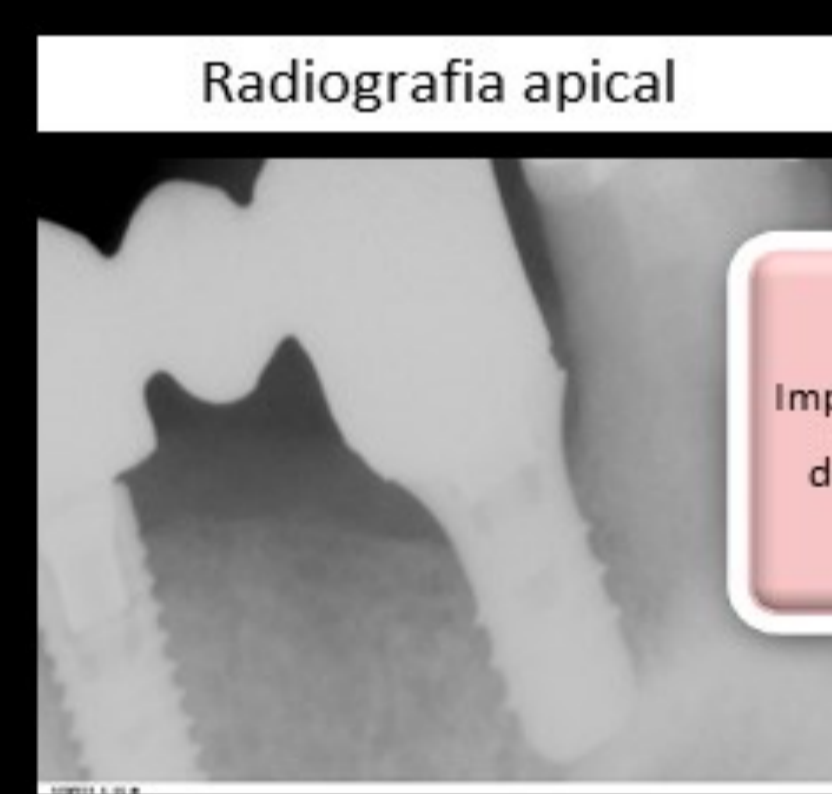
Raio-x ao tórax (cardiomegalia) do paciente 2



AVC isquémico do paciente 1



Implantes do 1ºQ do paciente 1



Fibrilhação auricular do paciente 2



Em ambos os pacientes a terapia anticoagulante foi interrompida com vista a um procedimento dentário.

## Discussão

No **paciente 1**, a vigilância e controlo dos parâmetros de coagulação e a terapêutica de substituição com enoxaparina SC é realizada **em ambulatório**, sem controlo directo da especialidade de Cardiologia, suspendendo a varfarina 5 dias antes da cirurgia dentária, provavelmente com uma só dose de enoxaparina SC diária, reiniciando a varfarina sem apertada monitorização dos valores de INR e sem enoxaparina até níveis adequados de anti-coagulação.

O controlo **pós-operatório** dentário decorreu dentro da normalidade, sem alterações. Após esse período verificou-se a ocorrência de um **AVC isquémico**. O paciente ficou com disartria e limitações a nível intelectual. Actualmente encontra-se compensado, do ponto de vista cardíaco e sem alterações.

A grande parte dos casos de complicações tromboembólicas acontece em pacientes que estão num estado inadequado de anticoagulação ou têm factores de risco adicionais como **fibrilhação auricular**.<sup>3</sup>

Válvulas mecânicas mitrais têm uma taxa maior de tromboembolismo do que as válvulas mecânicas aórticas.<sup>3,4,7</sup>

Em pacientes com próteses mecânicas na posição mitral e aórtica recomenda-se terapia anticoagulante com valores de **3.0** (valores entre 2.5 e 3.5) em detrimento de valores de 2.5 (valores entre 2.0 e 3.0).<sup>5</sup>

No **paciente 2**, todo este controlo é realizado em **ambiente hospitalar** com monitorização dos parâmetros. A estratégia foi interromper a varfarina os mesmos 5 dias antes da cirurgia com enoxaparina 12/12h (logo que INR≤2), sendo a última toma na tarde da véspera. Reinicia varfarina no último dia do tratamento dentário e enoxaparina 12/12h até INR≥2.

O controlo **pós-operatório** dentário decorreu sem nenhuma complicação. Do ponto de vista cardíaco encontra-se compensado e sem alterações. A evolução foi **favorável** sem intercorrências de nenhum tipo.

Pacientes com próteses mitrais e um factor de risco (fibrilhação auricular) são considerados pacientes de alto risco para um evento tromboembólico.<sup>6</sup>

Em pacientes com próteses valvulares cardíacas ambas **European Society of Cardiology** e a **Fourth American College of Chest Physicians Consensus Conference on Antithrombotic Therapy** recomendam pré heparinização para minimizar o risco de trombose e embolização resultado do retorno dos valores normais de INR.<sup>7</sup>

Em pacientes com próteses mecânicas mitrais recomenda-se terapia anticoagulante com valores de **INR de 3.0** (valores entre 2.5 e 3.5) em detrimento de valores mais baixos de INR.<sup>5</sup>

## Conclusões

- Em pacientes com elevado risco embólico, que estão incluídos pacientes com próteses valvulares cardíacas com ou sem fibrilhação auricular, a estratégia deve ser sempre a que mantem o paciente com terapêutica preventiva de embolia ambos no período pré e pós operatório.
- Deve ser considerada a estratégia devido ao risco embólico vs hemorrágico caso a caso.
- A descontinuação do anticoagulante tem sido prática clínica habitual. Em pacientes que requerem tratamentos dentário menos invasivos, as recentes guidelines sugerem a continuação do anticoagulante com a co-administração de um agente pré-hemostático.
- Neste período estratégico que requer uma monitorização dos valores de coagulação, será preferível uma cuidadosa supervisão dos clínicos da área cardiovascular.

## Referências:

- Miranda M., Bollero P., D'Ovidio N., Marsango V., Barlattani Jr A. Implant surgery and oral anticoagulant therapy: case report. *Oral & Implantology* 2014; 2:51-56.
- Douketis J., Spyropoulos A., Spencer F., Mayr M., Jaffer A. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy. *CHEST* 2012;141(2):326-350.
- Sun J., Davidson M., Lamy A., Eikelboom J. Antithrombotic management of patients with prosthetic heart valves: current evidence and future trends. *Lancet* 2009;374:565-76.
- Beirne R. Evidence to continue oral anticoagulant therapy for ambulatory oral surgery. *J Oral. Maxillofac Surg* 2005; 63:540-545.
- Withlock R., Sun J., Frenes S., Rubens F., Teoh K. Antithrombotic and Thrombolytic Therapy for Valvular Disease. *CHEST* 2012;141(2):576-600.
- Ferreira L., Dos L., Tornos P., Permyer-Miranda G., Soler-Soler J. Experience with enoxaparin in patients with mechanical heart valves who must withhold acenocumarol. *Heart* 2003; 89:527-530.
- Webster K., Wilde J. Management of anticoagulation in patients with prosthetic heart valves undergoing oral and maxillofacial operations. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2000; 38: 124-126.