

CUIDADOS FARMACOLÓGICOS PERIOPERATÓRIOS EM CIRURGIA ORAL PARA PACIENTE COM ÚLCERA AÓRTICA: RELATO DE CASO

PHARMACOLOGICAL PERIOPERATIVE CARE IN ORAL SURGERY FOR A PATIENT WITH AORTIC ULCER: A CASE REPORT

Diulia Velasco¹; Roberta Machado²; Eduardo de Sul³

Descritores: Úlcera Penetrante Aórtica; Cuidados Perioperatórios; Cirurgia Oral

Keywords: Penetrating Aortic Ulcer; Perioperative Care; Oral Surgery

RESUMO

Úlcera Aterosclerótica Penetrante (UAP), é uma condição grave caracterizada pelo desgaste da placa aterosclerótica que se expande para a camada interna (camada íntima) da aorta. Geralmente é tratada com medicações como anticoagulantes e pode estar associada a outras condições cardíacas que predis põem endocardite, por isso deve ter os cuidados farmacológicos perioperatórios devem ser realizados com embasamento científico de forma a não comprometer o a saúde sistêmica dos portadores desta condição. Este trabalho teve como objetivo analisar os cuidados farmacológicos perioperatórios adotados em cirurgia oral realizada em paciente portadora de úlcera aórtica, através de um relato de caso e foi possível concluir que: Apesar de uma condição cardíaca, a UAP isolada não é fator de risco para endocardite e por isso não é indicativo de profilaxia antibiótica, mas a antibioticoterapia pós procedimento é uma decisão clínica que envolve outros fatores de risco de infecção local. Algumas medicações usadas na rotina odontológica como AINEs, antibióticos, e anestésicos, podem interagir com o anticoagulante usado pelos portadores de UAP e por isso o manejo farmacológico deve ser seguido com cautela.

ABSTRACT

Penetrating Atherosclerotic Ulcer (PAU) is a severe condition characterized by the erosion of an atherosclerotic plaque that extends into the inner (intimal) layer of the aorta. It is commonly managed with medications such as anticoagulants and may be associated with other cardiac conditions that predispose patients to endocarditis. Therefore, perioperative pharmacological management should be evidence-based to prevent any compromise to the systemic health of individuals with this condition. This study aimed to analyze the perioperative pharmacological care adopted during oral surgery in a patient diagnosed with aortic ulcer, through a case report. The findings suggest that, although PAU is a cardiac condition, when isolated it does not constitute a risk factor for endocarditis and thus does not require antibiotic prophylaxis. However, postoperative antibiotic therapy remains a clinical decision that must consider other risk factors for local infection. Furthermore, certain medications routinely used in dental practice—such as NSAIDs, antibiotics, and anesthetics—may interact with the anticoagulant therapy prescribed for patients with PAU, highlighting the need for careful pharmacological management.

1 Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO – 2025.2.

2 Docente do Curso de Graduação em Odontologia.

3 Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

INTRODUÇÃO

O aumento significativo de pacientes com alguma doença sistêmica, como doenças cardiovasculares, traz desafios não só para os portadores da doença, como também para os profissionais de saúde. A abordagem desses pacientes requer um cuidado específico do Cirurgião-Dentista, que, além de habilidades odontológicas, deve dispor de um conhecimento farmacológico e um manejo multidisciplinar a fim de evitar complicações no transoperatório (Rogers *et al.*, 2011).

A Úlcera Aórtica, também conhecida como Úlcera Aterosclerótica Penetrante (UAP), é uma condição grave caracterizada pelo desgaste da placa aterosclerótica que se expande para a camada interna (camada íntima) da aorta, penetrando até a camada média. Essa doença cardiovascular pode evoluir para complicações como hematoma intramural, pseudoaneurisma ou ruptura da aorta. A condição exige uma abordagem cuidadosa, com diagnóstico e tratamento adequados devido aos altos índices de complicações e mortalidade (Oderich, *et al.*, 2019).

Um dos desafios que Cirurgiões-Dentistas vivenciam está atrelado à interação medicamentosa, já que pacientes que possuem alterações sistêmicas geralmente utilizam medicamentos específicos, que podem afetar a eficácia do fármaco utilizado em consultório e, por consequência, do tratamento odontológico em si. (Patatas *et al.*, 2013).

Além disso, segundo Saiki (2021), a necessidade de procedimentos cirúrgicos nesses pacientes pode trazer insegurança para os profissionais da saúde, visto que esses pacientes requerem cuidado específico e planejamento para minimizar o risco de complicações. Procedimentos estes que requerem avaliação não só quanto à suspensão ou não de anticoagulantes, como também quanto ao uso de anestésicos com ou sem vasoconstritor e quanto à interação medicamentosa com os fármacos prescritos no pós-operatório. Toda a conduta deve ser realizada com embasamento científico. (Lima; Moreira, 2024)

Considerando que a condição cardíaca citada pode causar insegurança no profissional de odontologia devido às precauções farmacológicas e sistêmicas necessárias, e, a fim de que haja uma melhoria da segurança e eficácia dos atendimentos odontológicos em pacientes com condições cardiovasculares, este trabalho mostra-se de extrema relevância acadêmica.

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Analisar os cuidados farmacológicos perioperatórios adotados em cirurgia oral realizada em paciente portadora de úlcera aórtica, através de um relato de caso.

Objetivos Secundários

- Descrever as particularidades clínicas da Úlcera Aórtica Penetrante
- Apontar os principais cuidados farmacológicos necessários no pré, trans e pós-operatório desse tipo de paciente
- Relatar implicações da Úlcera Aórtica no contexto da cirurgia oral

REVISÃO DE LITERATURA

Oderich *et al.* (2019) descrevem que a Úlcera Aórtica Penetrante, ou UAP, é uma das manifestações da Síndrome Aórtica Aguda. Erbel *et al.* (2014) relatam que a doença é caracterizada pelo desgaste da placa aterosclerótica e consequente entrada na camada interna até a camada média da aorta, o que causa sangramento dentro da parede da aorta.

Segundo Nienaber e Powell (2012) a UAP pode permanecer estável ou evoluir para as demais condições da Síndrome Aórtica Aguda, como Hematoma Intramural e Dissecção Aórtica Aguda, o que leva ao risco de ruptura da aorta, que se torna emergência com alta taxa de mortalidade. Trata-se de uma condição que acomete, com maior frequência, pacientes idosos, hipertensos e portadores de aterosclerose significativa, sendo a hipertensão o principal fator de risco, relacionado à Síndrome Aórtica Aguda (Rogers *et al.*, 2011).

A Úlcera Aórtica Penetrante (UAP) é uma condição rara que representa 2-7% de todas as síndromes aórticas agudas (El Hassani *et al.* 2017). Eggebrecht *et al.* (2009) retratam que o sintoma mais característico é a dor aguda no peito, geralmente súbita, intensa e de caráter perfurante. Dependendo da localização da úlcera, essa dor pode irradiar-se para as costas, principalmente quando localizada na aorta torácica descendente, ou para o abdome, quando há envolvimento do segmento abdominal. Embora não tão frequente, a UAP tem risco aumentado de progressão e ruptura, especialmente quando localizada no segmento ascendente/arca aórtica ou quando apresenta características de alto risco, como maior diâmetro da úlcera, aumento da aorta, entre outros (Baikoussis; Apostolakis, 2010). O tratamento varia de acompanhamento de lesões pequenas e estáveis até a intervenção cirúrgica das lesões sintomáticas ou com sinais de instabilidade (Decarlo *et al.* 2021; Pandey *et al.* 2021).

Segundo Vilacosta (2001), o manejo odontológico de pacientes portadores de úlcera aórtica penetrante exige uma abordagem específica e integração entre a equipe de saúde, visto que se trata de uma condição cardiovascular grave e de alto risco. O cuidado farmacológico, portanto, deve ser planejado de forma criteriosa em todas as fases do atendimento, a fim de reduzir complicações e preservar a segurança do paciente. Antes de qualquer procedimento odontológico é essencial a avaliação multidisciplinar, envolvendo o cirurgião-dentista e o cardiologista/angiologista, para considerar os riscos e interações medicamentosas (Coady *et al.*, 1998). Segue-se, portanto, os protocolos de risco cardiovascular e prevenção de endocardite infecciosa já estabelecidos (Wilson *et al.*, 2007). Segundo Habib *et al.* (2015) o tratamento para a UAP inclui o uso de anticoagulantes, como Varfarina, que, embora essenciais, podem interferir no manejo odontológico. Na odontologia, recomenda-se não suspender rotineiramente essas medicações, mas adaptar a técnica cirúrgica e reforçar a hemostasia local. Para Varfarina, deve-se verificar INR menor ou igual 3,0 – 4,0, para anticoagulantes orais diretos, a decisão sobre ajuste deve ser feita em conjunto com o médico assistente (Lockhart *et al.*, 2013; Van Diermen; Van Der Waal e Hoogstraten, 2013).

O controle da pressão arterial e da frequência cardíaca é fundamental, já que a hipertensão descontrolada é um dos fatores de risco para a ruptura ou progressão da UAP (Hiratzka *et al.*, 2010). Segundo Erbel *et al.* (2014), a monitorização contínua da pressão arterial é recomendada durante procedimentos prolongados ou em pacientes sintomáticos, considerando o risco de instabilidade hemodinâmica.

A Endocardite Bacteriana é uma infecção grave que acomete o revestimento interno do coração e, em especial, as válvulas cardíacas. Ela ocorre quando bactérias presentes na corrente sanguínea se aderem a áreas previamente lesionadas do endocárdio (Ventura; Oliveira, 2011). A Úlcera Aórtica Penetrante se encaixa nos fatores de risco para a Endocardite Bacteriana, uma vez que muitos microorganismos causadores da Endocardite tem origem bucal. A prevenção por meio da profilaxia

antibiótica é fundamental durante o manejo odontológico, para controle de infecções e deve ser realizada especialmente em pacientes com próteses ou cardiopatias prévias (Barroso *et al* 2014). A UAP isolada não é indicação de profilaxia antibiótica, esta só deve ser realizada quando o paciente apresentar condições de alto risco, como próteses valvares, endocardite prévia ou cardiopatias congênitas completas (Wilson *et al* 2007; Habib *et al* 2015)

Segundo Patrono *et al.* (2005), evita-se a prescrição de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) em pacientes sob anticoagulantes, devido ao risco aumentado de sangramento e de aumento da pressão arterial. O paracetamol é considerado o medicamento de escolha. Segundo Habib *et al.*, (2015), torna-se imprescindível a verificação do INR (Relação Normalizada Internacional) e a análise completa prévia do paciente, juntamente com o parecer médico e acompanhamento de um cardiologista, para adequar o uso dos medicamentos e promover um atendimento odontológico seguro. O uso de AINEs deve ser restrito, considerando risco de interação com anticoagulantes e aumento do risco cardiovascular (Patrono *et al.*, 2005). Quanto ao uso de corticóides, são indicados em situações específicas, como prevenção de edema importante ou reação alérgica, sempre sob supervisão médica (Wilson *et al.*, 2007). A prescrição de antibióticos em pacientes portadores de Úlcera Aórtica Penetrante (UAP) deve ser feita com cautela, considerando tanto o risco de infecção quanto o impacto sobre o sistema cardiovascular.

Embora a UAP não seja uma condição infecciosa, ela pode estar associada a doenças cardíacas que aumentam a chance de endocardite bacteriana, especialmente em indivíduos com próteses valvares, histórico de endocardite, cardiopatias congênitas cianóticas ou transplante cardíaco com valvopatia. Nesses casos, a profilaxia antibiótica antes de procedimentos invasivos é indicada, conforme as recomendações da American Heart Association (AHA., 2021). Quando o paciente apresenta uma UAP estável e sem outras comorbidades cardíacas que aumentem o risco de endocardite, a profilaxia não é necessária, sendo o uso de antibióticos reservado apenas a situações de infecção odontogênica ativa. É essencial lembrar que muitos pacientes com UAP fazem uso de anticoagulantes, o que exige atenção a possíveis interações medicamentosas e reforça a importância de um planejamento conjunto com o médico cardiologista ou vascular. (Wilson *et al.*, 2007). Em pacientes que mantiveram anticoagulação, é fundamental acompanhamento para sinais de sangramento. Em casos em que a suspensão foi necessária por orientação médica, a retomada deve ocorrer o mais breve possível, geralmente em 24 horas, dependendo do procedimento e do fármaco em uso (Lockhart *et al.*, 2013; Van Diermen; Van Der Waal; Hoogstraten, 2013) Porém, o uso de agentes locais hemostáticos é eficaz na contenção de sangramento em pacientes anticoagulados: Enxágue com ácido tranexâmico (solução 4,8–10%) e compressão local, sutura adequada, uso de hemostáticos tópicos (fibrina, cola) e técnicas cirúrgicas atraumáticas são estratégias eficazes para procedimentos dentários sem necessidade de suspender Varfarina, por exemplo. (Carter e Goss, 2003).

Segundo Seminario-Amez *et al.* (2021) a utilização de anestésicos locais associados a vasoconstritores pode representar riscos para esses pacientes, já que substâncias como a epinefrina têm o potencial de provocar arritmias cardíacas ou elevar a pressão arterial. O uso de anestésicos com vasoconstritores pode ser usado com cautela nesses pacientes, desde que as doses sejam seguras e o paciente esteja estável. É importante escolher concentrações seguras de vasoconstritor, monitorar sinais vitais e se atentar às interações medicamentosas e condições médicas associadas. Segundo Cáceres *et al.* (2008) o uso de soluções sem vasoconstritor pode ser indicado em casos de instabilidade cardiovascular significativa, uma vez que a epinefrina presente nos anestésicos com vasoconstritor pode gerar picos hipertensivos, arritmias, entre outros. Segundo Figallo *et al.* (2012), embora o vasoconstritor seja útil para prolongar a anestesia e reduzir o sangramento, em pacientes com risco cardiovascular, como UAP, sua utilização deve ser restrita, optando pelo uso de anestésicos sem vasoconstritor.

No âmbito da cirurgia oral, é importante ressaltar que pacientes portadores da UAP são instáveis e passam por picos na pressão arterial e variações de frequência cardíaca, portanto, é necessário que haja uma avaliação pré-operatória interdisciplinar, solicitação da avaliação cardiológica, revisão de imagens e exames, entre outros. (Pandey *et al.*, 2021). Vilacosta *et al.* (2021) narram que é essencial evitar estímulos que causem alterações nos sinais vitais. Quanto ao uso de vasoconstritores, segundo Bellomo *et al.* (2023) recomenda-se discutir com o cardiologista, por parecer médico, a conduta a ser seguida, e se necessário, usar concentrações mais baixas. Vignaraja, *et al.* (2024) relatam que a decisão de suspender ou ajustar o anticoagulante deve ser feita em conjunto com o médico responsável, avaliando o risco de sangramento.

A conduta odontológica em pacientes com UAP exige integração multiprofissional, individualização das condutas e cuidados farmacológicos, especialmente no controle da pressão arterial, uso de anticoagulantes, seleção de medicamentos e avaliação da real necessidade de antibióticos profiláticos. O trabalho multiprofissional entre médico e cirurgião-dentista é fundamental para garantir segurança e reduzir complicações.

METODOLOGIA:

O presente estudo consta de um relato de caso de tratamento odontológico sob anestesia local de paciente com Úlcera Aórtica, a ser realizado na clínica-escola do UNIFESO. Os dados foram analisados de forma qualitativa, a fim de discutir os benefícios deste tratamento quando realizado em paciente com UAP. O estudo não trouxe riscos à paciente a não ser os já envolvidos no tratamento odontológico, e na anestesia local, mesmo assim, todos os esforços para minimizá-los foram realizados, com uma abordagem embasada cientificamente e atendimento humanizado. O procedimento e a importância da pesquisa foram explicados à paciente por meio do Termo de Consentimento livre e esclarecido. (TCLE). Caracteriza-se como um relato de caso clínico, de natureza descritiva, fundamentado na análise dos registros contidos no prontuário do paciente, bem como nas imagens fotográficas obtidas durante o tratamento. Complementarmente, realizou-se pesquisa bibliográfica em bases de dados como BVS, Scielo, Google Acadêmico, PubMed e guidelines da American Heart Association, a fim de enriquecer a discussão do caso. O estudo respeitou integralmente os preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do UNIFESO, sob o protocolo de recibo nº. 130282/2025.

RELATO DE CASO E DISCUSSÃO

Paciente do gênero feminino, com 72 anos de idade, compareceu à Clínica Escola do Unifeso para dar continuidade ao seu tratamento odontológico, vindo previamente com coroa fixa provisória já confeccionada e cimentada. A paciente relatou fratura do elemento 22, sem sintomatologia dolorosa. Para o planejamento adequado, foi necessário remover a coroa provisória e realizar uma radiografia do elemento em questão. Após análise radiográfica, confirmou-se a necessidade de tratamento endodôntico, devido à fratura radicular e resposta negativa ao teste de vitalidade pulpar. Elaborou-se o plano de tratamento, e chegou-se à conclusão de se tratar de um procedimento endodôntico complexo, visto que o canal era atrésico. Assim, a paciente foi remarcada para atendimento na semana seguinte. Ainda neste atendimento, foi realizada nova confecção de coroa provisória.

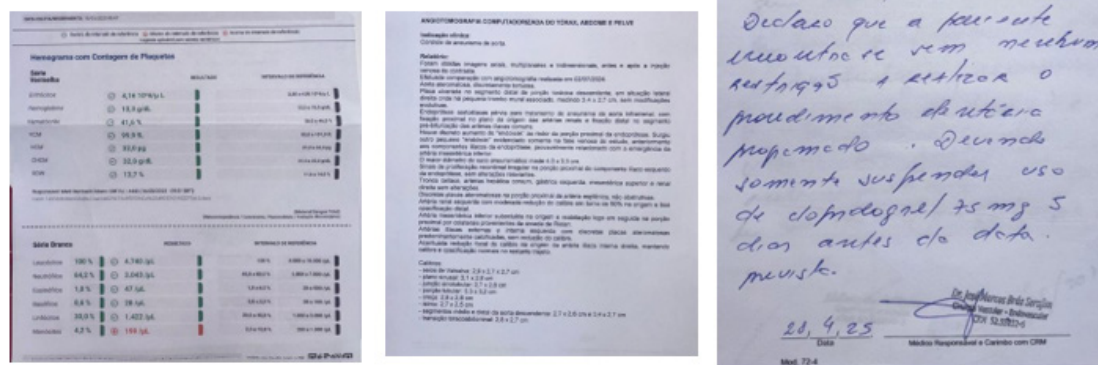
Figura 1. Vista frontal, perfil e intraoral do paciente no pré-operatório, respectivamente.

Fonte: Autoria própria

A paciente retornou à Clínica Escola. A coroa provisória foi removida para melhor visibilidade do remanescente radicular 22. Ao iniciar o acesso endodôntico, iniciado com brocas esféricas nº2,4 e 6 (Prima®, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e broca Endo Z (Prima®, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) observou-se um canal estreito, sendo necessária a utilização do microscópio para melhor visualização. Constatou-se que o canal era atrésico, devido sua idade avançada, dificultando o acesso da lima nº 10 (Dentsply Sirona®, São Paulo, SP, Brasil). Diante dessa dificuldade, foram solicitadas limas endodônticas de menor calibre, e o atendimento foi remarcado para a semana seguinte. A coroa provisória foi recolocada.

A paciente retornou para dar continuidade ao tratamento. Utilizando as limas nº 6 e nº 8 (Dentsply Sirona®, São Paulo, SP, Brasil) e, com auxílio do microscópio, houve uma nova tentativa de acessar o canal do elemento 22. Entretanto, mesmo com instrumentos menores, o acesso endodôntico não foi possível. Após discussão do caso, optou-se por alterar o plano de tratamento para exodontia do dente remanescente 22, já que a mesma é portadora de Úlcera aórtica penetrante, fazendo uso de varfarina de forma contínua. Considerando o estado sistêmico da paciente, foi realizada uma análise criteriosa da anamnese, que revelou instabilidade na saúde sistêmica da paciente. Dessa forma, tornou-se necessário solicitar um parecer médico para avaliar a abordagem odontológica mais adequada para o procedimento cirúrgico da paciente, além da solicitação de exames pré-operatórios.

De início, considerou-se a necessidade de realizar a cirurgia em ambiente hospitalar. Contudo, a paciente retornou já com o anticoagulante suspenso conforme orientação médica, trazendo consigo os exames pré-operatórios, parecer médico e todas as autorizações necessárias para a realização da exodontia na clínica-escola. Neste sentido, tanto Lockhart *et al.*, 2013 quanto Van Diermen; Van Der Waal e Hoogstraten, 2013 concordam que apesar de consenso sobre a não suspensão da Varfarina em casos em que o INR está em nível seguro, a decisão sobre ajuste deve ser feita em conjunto com o médico assistente.

Figura 2. Hemograma, Angiotomografia e Parecer Médico, respectivamente.

Fonte: Autoria própria

Figura 3. Imagens radiográficas, periapical e periapical completa, respectivamente.



Fonte: Autoria própria

Após criteriosa avaliação do caso, iniciou-se o atendimento com medidas para controle da ansiedade, por meio de uma comunicação acolhedora e empática, visto que a paciente relatava estar nervosa. Em seguida, foi aferida sua pressão arterial, que se encontrava em 14/9 mmHg, apta portanto para o atendimento, já que segundo Andrade (2014) o atendimento de pacientes hipertensos pode ser realizado com segurança quando a pressão arterial está até 160x 90 mmHg.

Aplicou-se anestésico tópico na região a ser anestesiada e, posteriormente, realizou-se a anestesia local por meio do bloqueio do nervo infraorbital, utilizando carpule (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) com Mepivacaína 3% sem vasoconstritor e agulha longa.

Quanto ao uso de anestésicos com ou sem vasoconstritor, os estudos revisados apresentam uma conduta cuidadosa. Vasoconstritores, como a epinefrina, podem provocar arritmias e elevação da pressão arterial, representando risco adicional em pacientes com instabilidade cardiovascular (Seminario-Amez *et al.*, 2021; Cáceres *et al.*, 2008). Por outro lado, eles são úteis para prolongar o efeito anestésico e reduzir sangramentos (Figallo *et al.*, 2012). Assim, a escolha deve ser individualizada, priorizando concentrações seguras, monitorização constante dos sinais vitais e discussão prévia com o cardiologista responsável (Bellomo *et al.*, 2023; Vilacosta *et al.*, 2021). No caso clínico em questão, optou-se pela utilização de mepivacaína 3% sem vasoconstritor, considerando que a paciente apresenta úlcera aórtica penetrante (UAP), condição cardiovascular grave, em que o uso de agentes vasoconstritores poderia implicar em sobrecarga hemodinâmica e risco de descompensação. Dessa forma, a escolha do anestésico sem vasoconstritor está em conformidade com as recomendações para pacientes com alto risco cardiovascular, privilegiando a segurança hemodinâmica durante o procedimento odontológico.

Na sequência, iniciou-se o ato cirúrgico com a confecção de retalho em envelope, utilizando afastador Minnesota (Duflex®, Juiz de Fora, MG, Brasil), cabo de bisturi nº 3 (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil), lâmina de bisturi nº 15 (Medix®, Cascavel, PR, Brasil) e descolador Molt nº 9 (Duflex®, Juiz de Fora, MG, Brasil) para o descolamento mucoperiosteal.

Figura 4. Materiais utilizados**Fonte:** Autoria própria

Posteriormente, procedeu-se à luxação do remanescente radicular utilizando alavanca apexo nº 303 (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e alavanca Seldin reta (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil), seguida do uso do fórceps nº 65 (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil). Após a remoção do elemento dentário, realizou-se remodelação óssea com lima Seldin para osso nº 11 (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil), complementada por curetagem do alvéolo com cureta Lucas nº 87 (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil). Para finalizar, o alvéolo foi abundantemente irrigado com solução fisiológica 0,9%. A síntese foi realizada por meio de sutura com fio de seda 3-0, agulha 3/8 e porta-agulha Mayo Hegar (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil). Não foi observado maior tempo de sangramento que o habitual, não sendo necessário medidas complementares de hemostasia.

Figura 5. Transoperatório**Fonte:** Autoria própria

Logo após a extração e a devida irrigação do alvéolo, procedeu-se à recolocação da coroa provisória, com resina Flow (FGM®, Joinville, SC, Brasil). Diferentemente da situação anterior, em que a peça possuía caráter apenas funcional, a prótese provisória foi modificada de modo a proporcionar não apenas a função mastigatória, mas também adequado resultado estético. Essa adaptação buscou restabelecer a harmonia do sorriso da paciente, contribuindo tanto para o conforto funcional imediato quanto para a satisfação estética no período de cicatrização.

Figura 6. Vista frontal do pós-operatório imediato.

Fonte: Autoria própria

Na sequência, foi realizada prescrição medicamentosa composta por amoxicilina 500 mg a cada 8 horas por 7 dias, dexametasona 4 mg pela manhã durante 3 dias, dipirona 1 g a cada 6 horas por 3 dias e solução de clorexidina 0,12% para bochechos locais após a escovação, por 7 dias. Além disso, a paciente foi orientada a retomar o uso do anticoagulante conforme prescrição médica.

No que diz respeito à antibioticoterapia e antibioticoprofilaxia, Wilson *et al.* (2007) e Habib *et al.* (2015) esclarecem que a profilaxia antibiótica não é indicada de forma rotineira em pacientes com UAP isolada. O uso deve ser restrito àqueles em situação de alto risco, como portadores de próteses valvares, histórico de endocardite ou cardiopatias congênitas complexas, especialmente durante procedimentos com manipulação gengival ou periapical. Além de prevenir risco de infecção bacteriana relacionada ao procedimento odontológico, risco cardiovascular e predisposição à endocardite bacteriana. Tal conduta reforça a importância de avaliar criteriosamente a história clínica, evitando o uso indiscriminado de antibióticos e prevenindo a resistência bacteriana, alinhando-se às recomendações de Barroso *et al.* (2014). Embora a UAP em si não exija profilaxia rotineira, a manipulação cirúrgica pode gerar porta de entrada bacteriana, visto que pacientes com UAP podem ter risco aumentado de complicações sistêmicas caso ocorra bacteremia. A Amoxicilina é segura em pacientes cardiovasculares, tem baixo potencial de interação com anticoagulantes e sua prescrição está em consenso com a literatura, visto que seu objetivo foi prevenir infecção odontogênica e proteção sistêmica.

Em relação à prescrição de anti-inflamatórios, há consenso entre os autores de que o uso de AINEs deve ser evitado em pacientes anticoagulados, devido ao risco aumentado de sangramento e à possível elevação da pressão arterial (Patrono *et al.*, 2005). O paracetamol é indicado como a primeira escolha para analgesia, sendo considerado seguro e eficaz (Habib *et al.*, 2015). Porém, apesar de muitas vezes preferido por não afetar plaquetas, o paracetamol pode aumentar o INR quando usado em doses elevadas ou por uso prolongado, portanto em comparação com o Paracetamol, a Dipirona geralmente tem maior potência analgésica, especialmente na dor pós-exodontia, não interfere na pressão arterial nem na coagulação, e é segura para o coração e fígado (Thrush *et al.*, 2023). Essa conduta evidencia a necessidade de adaptação terapêutica individualizada, associando-se à monitorização do INR e ao acompanhamento médico quando o paciente faz uso de anticoagulantes (Lockhart *et al.*, 2013; Van Diermen; Van Der Waal e Hoogstraten, 2013).

Além disso, foi prescrito Dexametasona, visando reduzir o processo inflamatório, controle de edema e prevenir complicações no pós-operatório. Uma dose única pela manhã minimiza o risco

de elevação da pressão arterial ou de efeitos sistêmicos indesejados, importante característica para pacientes com fragilidade vascular, como na UAP (Poetker; Reh, 2010)

A paciente retornou posteriormente para a remoção da sutura, com tesoura íris reta (Golgran®, São Caetano do Sul, SP, Brasil) e avaliação do pós-operatório. Durante a consulta, foi observado adequado processo de cicatrização tecidual, sem sinais de infecção ou outras complicações locais. A região apresentava boa evolução clínica, confirmando a efetividade do planejamento cirúrgico e do acompanhamento pós-operatório realizado.

Figura 7. Pós-operatório de 1 semana, antes e depois da remoção de sutura, respectivamente.



Fonte: Autoria própria

Portanto, a conduta adotada encontra-se em consonância com o tratamento proposto, respeitando os protocolos de prevenção de risco cardiovascular e assegurando maior previsibilidade clínica e segurança para a paciente idosa.

CONCLUSÃO

Através deste relato foi possível concluir que:

A UAP é uma condição, cujo tratamento inclui o uso de anticoagulantes e por isso é necessário realizar adaptação farmacológica para procedimentos odontológicos que geram sangramento.

Apesar de uma condição cardíaca, a UAP isolada não é fator de risco para endocardite e por isso não é indicativo de profilaxia antibiótica, mas a antibioticoterapia pós procedimento é uma decisão clínica que envolve outros fatores de risco de infecção local.

Algumas medicações usadas na rotina odontológica como AINEs, antibióticos, e anestésicos, podem interagir com o anticoagulante usado pelos portadores de UAP e por isso o manejo farmacológico deve ser seguido com cautela.

O conhecimento das condutas estabelecidas por diferentes autores permite um planejamento seguro, minimizando riscos e promovendo resultados clínicos favoráveis.

O sucesso do atendimento odontológico em pacientes com UAP depende de uma abordagem integrada, baseada em protocolos de risco cardiovascular, avaliação preoperatória, monitorização contínua e ajustes nas práticas rotineiras de analgesia, antibioticoterapia e anestesia. O conhecimento das condutas estabelecidas por diferentes autores permite um planejamento seguro, minimizando riscos e promovendo resultados clínicos favoráveis.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY FOUNDATION *et al.* 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 55, n. 14, p. e27-e129, 2010.
- BAIKOUSSIS, Nikolaos G.; APOSTOLAKIS, Efstratios E. Penetrating atherosclerotic ulcer of the thoracic aorta: diagnosis and treatment. **Hellenic J Cardiol**, v. 51, n. 2, p. 153-157, 2010.
- BARROSO, Marcio Garcia; CORTELA, Denise da Costa Boamorte; MOTA, Waneska Pinto. Endocardite bacteriana: da boca ao coração. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, n. 02, 2014.
- BATT, M. *et al.* Penetrating atherosclerotic ulcers of the infrarenal aorta: life-threatening lesions. **European journal of vascular and endovascular surgery**, v. 29, n. 1, p. 35-42, 2005.
- BELLOMO, T. R. *et al.* Outcomes of symptomatic penetrating aortic ulcer and intramural hematoma in the endovascular era. **Journal of Vascular Surgery**, v. 78, n. 5, p. 1180-1187, 2023.
- CÁCERES, M. T. F. *et al.* Efeito de anestésicos locais com e sem vasoconstritor em pacientes com arritmias ventriculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, p. 142-147, 2008.
- CHAUDHRY, Swantika; JAISWAL, Ritika; SACHDEVA, Surender. Dental considerations in cardiovascular patients: A practical perspective. **Indian heart journal**, v. 68, n. 4, p. 572-575, 2016.
- Coady, M. A. *et al.* Penetrating ulcer of the thoracic aorta: what is it? How do we recognize it? How do we manage it?. **Journal of vascular surgery**, v. 27, n. 6, p. 1006-1016, 1998.
- Cotti, E. *et al.* The perioperative dental screening and management of patients undergoing cardiothoracic, vascular surgery and other cardiovascular invasive procedures: A systematic review. **European journal of preventive cardiology**, v. 24, n. 4, p. 409-425, 2017.
- Curto, Adrian; Albaladejo, Alberto; Alvarado, Alfonso. Dental management of patients taking novel oral anticoagulants (NOAs): Dabigatran. **Journal of clinical and experimental dentistry**, v. 9, n. 2, p. e289, 2017.
- Decarlo, C. *et al.* Prognostication of asymptomatic penetrating aortic ulcers: a modern approach. **Circulation**, v. 144, n. 14, p. 1091-1101, 2021.
- Eggebrecht, H. *et al.* Intramural hematoma and penetrating ulcers: indications to endovascular treatment. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, v. 38, n. 6, p. 659-665, 2009.
- El Hassani, I. *et al.* Penetrating atherosclerosis aortic ulcer: a re-appraisal. **Acta Chirurgica Belgica**, v. 117, n. 1, p. 1-7, 2017.
- Erbel, R. *et al.* 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. **Polish Heart Journal (Kardiologia Polska)**, v. 72, n. 12, p. 1169-1252, 2014.
- Esper, S. A.; Subramaniam, K.; Tanaka, K. A. Pathophysiology of cardiopulmonary bypass: current strategies for the prevention and treatment of anemia, coagulopathy, and organ dysfunction. In: Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications, 2014. p. 161-176.
- Evangelista, A. *et al.* Interdisciplinary expert consensus on management of type B intramural haematoma and penetrating aortic ulcer. **European Journal of Cardio-Thoracic Surgery**, v. 47, n. 2, p. 209-217, 2015.

FIGALLO, M. A. S. *et al.* Use of anesthetics associated to vasoconstrictors for dentistry in patients with cardiopathies. Review of the literature published in the last decade. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 4, n. 2, p. e107, 2012.

Flohr, T. R. *et al.* The natural history of penetrating ulcers of the iliac arteries. **Journal of Vascular Surgery**, v. 63, n. 2, p. 399-406, 2016.

Habib, G. *et al.* 2015 ESC guidelines for the management of infective endocarditis: the task force for the management of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC) endorsed by: European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), the European Association of Nuclear Medicine (EANM). **European heart journal**, v. 36, n. 44, p. 3075-3128, 2015.

JUNIOR, O. C.. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a odontologia. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 3, p. 372-6, 2010.

LE, HIRATZKA. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM guidelines for the diagnosis and management of patients with Thoracic Aortic Disease: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of ... **Circulation**, v. 121, p. e266-e369, 2010.

Lima, Filipe Rehem; Moreira, David Costa. ANÁLISE DA EXODONTIA EM USUÁRIOS DE MEDICAMENTOS ANTICOAGULANTES. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 11, p. 5097-5111, 2024.

Little, James W.; Miller, Craig; Rhodus, Nelson L. Dental Management of the medically compromised Patient-E-Book: Dental Management of the medically compromised patient-E-Book. **Elsevier Health Sciences**, 2017.

NIENABER, C. A.; POWELL, Janet T. Management of acute aortic syndromes. **European heart journal**, v. 33, n. 1, p. 26-35, 2012.

Oderich, G. S. *et al.* Penetrating aortic ulcer and intramural hematoma. **Cardiovascular and interventional radiology**, v. 42, n. 3, p. 321-334, 2019.

Pandey, G.; Sharma, P. The management of patients with penetrating aortic ulcers: a systematic review. **Vascular and Endovascular Surgery**, v. 55, n. 7, p. 730-740, 2021.

Patatas, K.; Shrivastava, V.; Ettles, D. F. Penetrating atherosclerotic ulcer of the aorta: a continuing debate. **Clinical Radiology**, v. 68, n. 8, p. 753-759, 2013.

Patrono, C. *et al.* Low-dose aspirin for the prevention of atherothrombosis. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 22, p. 2373-2383, 2005.

POETKER, David M.; REH, Douglas D. A comprehensive review of the adverse effects of systemic corticosteroids. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 43, n. 4, p. 753-768, 2010.

Rogers, A. M. *et al.* Sensitivity of the aortic dissection detection risk score, a novel guideline-based tool for identification of acute aortic dissection at initial presentation: results from the international registry of acute aortic dissection. **Circulation**, v. 123, n. 20, p. 2213-2218, 2011.

SAIKI, Yoshikatsu. Asymptomatic Penetrating Aortic Ulcer: Benign or Malignant?. **Circulation**, v. 144, n. 14, p. 1102-1103, 2021.

SEMINARIO-AMEZ, Maria *et al.* Use of local anesthetics with a vasoconstrictor agent during dental treatment in hypertensive and coronary disease patients. A systematic review. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 21, n. 2, p. 101569, 2021.

SL, TITTLE. Midterm follow-up of penetrating ulcer and intramural hematoma of the aorta. **J Thorac Cardiovasc Surg**, v. 123, p. 1051-1059, 2002.

VAN DIERMEN, D. E.; VAN DER WAAL, I.; HOOGSTRATEN, J. Management recommendations for invasive dental treatment in patients using oral antithrombotic medication, including novel oral anticoagulants. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology**, v. 116, n. 6, p. 709-716, 2013.

Ventura, F. V. C.; De Oliveira, S. T. Etiologia e terapia das endocardites bacterianas em cães-revisão. **Arquivos de Ciências Veterinárias e Zoologia da UNIPAR**, v. 14, n. 2, 2011.

VIGNARAJA, V.; SHARMA, S.; DINDYAL, S.. Acute aortic syndrome. *StatPearls*, 2024.

VILACOSTA, I. et al. Acute aortic syndrome revisited: JACC state-of-the-art review. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 78, n. 21, p. 2106-2125, 2021.

VILACOSTA, Isidre; SAN ROMÁN, José Alberto. Acute aortic syndrome. **Heart**, v. 85, n. 4, p. 365-368, 2001.

WARNER, D. L.; BHAMIDIPATI, C. M.; ABRAHAM, C. Z. Management of penetrating aortic ulcer and intramural hematoma in the thoracic aorta. **Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery**, v. 38, n. Suppl 1, p. 198-203, 2022.

WILSON, W. *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**, v. 116, n. 15, p. 1736-1754, 2007.

WRITING COMMITTEE MEMBERS *et al.* 2022 ACC/AHA guideline for the diagnosis and management of aortic disease: a report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 80, n. 24, p. e223-e393, 2022.