


**MANEJO CLÍNICO-CIRÚRGICO DE PACIENTES COM COMORBIDADES SISTÊMICAS**

**CLINICAL AND SURGICAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SYSTEMIC  
COMORBIDITIES**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-002>

**Francielle Nunes de Lira Cunha**

Mestranda em Odontologia, PPGO-UFPI  
E-mail: franciellendl@gmail.com

**Francisca Erica Cabral de Oliveira**

Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: franerica2018@icloud.com

**Leticia Santos Bouzada**

Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: leticia2001@hotmail.com

**Naiely Silva Bezerra**

Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: naielybezerra22@gmail.com

**Daiane Costa de Sousa**

Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: daianesousama2002@gmail.com

**Jéssica Alves do Carmo Alecrim**

Cirurgiã-dentista  
E-mail: jessica.alecrimodonto@gmail.com

**Beatriz Jesus Fagundes**

Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: beatrizjesusfagundes@gmail.com

**Samara de Freitas Guimarães**

Cirurgiã-dentista, especialista em Saúde Coletiva  
E-mail: guimaraesodonto@gmail.com

**Karolayne Yasmin Mendonça de Oliveira**

Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: odontologiakarolayne@gmail.com

**Luana Kellyne Rocha da Costa**

Cirurgiã-dentista, pós-graduanda em periodontia e impante  
E-mail: Luanakellyne27@gmail.com

**Francisca Gesciane Alves Mendes**  
Discente de graduação em Odontologia  
E-mail: geicecabelos@gmail.com

**Leila Cristina Queiroz Nunes**  
Cirurgiã-dentista com aperfeiçoamento em endodontia e aperfeiçoamento em cirurgia oral menor  
E-mail: dra.leilacqueiroz@gmail.com

## RESUMO

O envelhecimento populacional e o aumento expressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis tornaram o atendimento de pacientes sistemicamente comprometidos uma constante na prática odontológica. Este texto tem como objetivo fornecer diretrizes estruturadas para o manejo clínico-cirúrgico individualizado de indivíduos com comorbidades, com foco em diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias e terapia anticoagulante. A avaliação pré-operatória minuciosa, a estratificação de risco através da classificação ASA e a comunicação interprofissional contínua são destacadas como os pilares primários para a prevenção de complicações per e pós-operatórias. São discutidos protocolos contemporâneos e baseados em evidências científicas, tais como a manutenção segura das terapias antitrombóticas frente a cirurgias menores (priorizando o uso de hemostáticos locais em detrimento da suspensão das drogas), os cuidados perioperatórios com hipoglicemiantes e o monitoramento glicêmico para pacientes diabéticos, além do uso seguro de anestésicos com vasoconstritores em pacientes cardiopatas compensados. Adicionalmente, enfatiza-se a necessidade do preparo técnico da equipe para o pronto reconhecimento e manejo de emergências médicas no ambiente ambulatorial. Conclui-se que a Odontologia moderna exige do cirurgião-dentista um profundo conhecimento da fisiopatologia sistêmica e uma visão multidisciplinar, garantindo uma abordagem segura, previsível e resolutiva para o paciente.

**Palavras-chave:** Cirurgia Oral; Comorbidades Sistêmicas; Avaliação de Risco Pré-Operatório; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Anticoagulantes; Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

Population aging and the significant increase in the prevalence of chronic non-communicable diseases have made the care of systemically compromised patients a constant in dental practice. This text aims to provide structured guidelines for the individualized clinical-surgical management of individuals with comorbidities, focusing on diabetes mellitus, hypertension, heart disease, and anticoagulant therapy. Thorough preoperative assessment, risk stratification using the ASA classification, and continuous interprofessional communication are highlighted as the primary pillars for the prevention of peri- and postoperative complications. Contemporary protocols based on scientific evidence are discussed, such as the safe

maintenance of antithrombotic therapies in minor surgeries (prioritizing the use of local hemostatics over drug discontinuation), perioperative care with hypoglycemic agents and glycemic monitoring for diabetic patients, as well as the safe use of anesthetics with vasoconstrictors in compensated cardiac patients. Additionally, the need for the team's technical preparedness for the prompt recognition and management of medical emergencies in the outpatient setting is emphasized. It is concluded that modern dentistry requires the dentist to have a deep understanding of systemic pathophysiology and a multidisciplinary vision, ensuring a safe, predictable, and effective approach for the patient.

**Keywords:** Oral Surgery; Systemic Comorbidities; Preoperative Risk Assessment; Diabetes Mellitus; Hypertension; Anticoagulants; Patient Safety.

## 1 INTRODUÇÃO

A prevalência de doenças sistêmicas crônicas, como hipertensão, diabetes mellitus e distúrbios cardiovasculares, tem assumido proporções de uma verdadeira epidemia global nas últimas décadas (Mauri-Obradors et al., 2017). Condições crônicas não transmissíveis representam uma parcela significativa e crescente da carga de morbidade em todo o mundo, refletindo-se diretamente no perfil dos pacientes que buscam atendimento nos consultórios e hospitais odontológicos (Ali et al., 2024; Crowley et al., 2023). Estima-se, por exemplo, que apenas a incidência global de diabetes possa alcançar 700 milhões de pessoas até 2045 (Crowley et al., 2023).

Esse cenário epidemiológico é impulsionado, em grande parte, pelo envelhecimento populacional (Murrah, 1985). Uma população com idade mais avançada é inerentemente mais suscetível ao desenvolvimento e ao acúmulo de comorbidades médicas crônicas, o que afeta diretamente o planejamento e a execução de procedimentos cirúrgicos bucais (Ali et al., 2024). Os problemas de saúde associados às doenças metabólicas e cardiovasculares tornam-se cada vez mais prevalentes à medida que a idade média da população aumenta, representando um desafio constante para o profissional (Murrah, 1985). Diante disso, é inegável que a complexidade dos atendimentos cresceu, demandando que as intervenções sejam estritamente adaptadas às limitações fisiológicas destes pacientes (Little, 2000; Ali et al., 2024).

Neste contexto, a importância do manejo clínico-cirúrgico individualizado não pode ser subestimada, uma vez que as condições médicas variam intensamente de paciente para paciente (Jimson et al., 2015). É imperativo mostrar que pacientes sistemicamente comprometidos exigem protocolos diferenciados e não podem ser submetidos a planos de tratamento padronizados (Crowley et al., 2023; Jimson et al., 2015). O sucesso do tratamento depende de abordagens exclusivas que englobem a otimização pré-operatória das comorbidades, a análise profunda de interações medicamentosas e ajustes na terapia de

base — como a continuação, ajuste ou suspensão do uso de anticoagulantes e hipoglicemiantes , considerando sempre a ponderação de riscos e benefícios para cada indivíduo (Bajkin et al., 2015; Crowley et al., 2023). A decisão de intervir em regimes terapêuticos deve sempre obedecer às condições específicas atuais do paciente assistido (Bajkin et al., 2015).

A estreita relação entre condições sistêmicas e complicações odontológicas reforça a necessidade contínua desses cuidados, visto que as desordens preexistentes podem agravar a resposta ao trauma cirúrgico, influenciar negativamente a cicatrização de feridas e aumentar drasticamente os índices de morbidade (Ali et al., 2024; Little, 2000). Pacientes com diabetes mellitus mal controlado, por exemplo, apresentam maior risco de desenvolver processos infecciosos secundários, doença periodontal avançada, atraso no reparo tecidual e disfunção salivar (Mauri-Obradors et al., 2017). Da mesma forma, alterações cardiovasculares associadas ao uso de terapias anticoagulantes ou antiplaquetárias elevam o risco de sangramentos excessivos durante e após cirurgias menores e maiores (Bajkin et al., 2015; Jimson et al., 2015).

Para mitigar tais fragilidades e intercorrências, ressalta-se a necessidade fundamental de integração multiprofissional entre a Odontologia e a Medicina (Mauri-Obradors et al., 2017). O manejo eficaz e seguro de pacientes com comorbidades sistêmicas requer a comunicação contínua e bidirecional entre o paciente, o médico assistente, o cirurgião-dentista e demais profissionais de saúde envolvidos (Mauri-Obradors et al., 2017). Frequentemente, é essencial solicitar pareceres médicos não só para garantir a liberação para a cirurgia, mas para conduzir investigações adicionais sobre urgências ou desconcompensações crônicas em curso (Jimson et al., 2015; Adlesic, 2013). Essa colaboração garante que o procedimento cirúrgico odontológico aconteça no momento clínico mais seguro e apropriado, prevenindo eventos adversos agudos (Adlesic, 2013; Crowley et al., 2023).

A relevância da avaliação pré-operatória minuciosa constitui a principal ferramenta na prevenção de complicações per e pós-operatórias (Ali et al., 2024). É exatamente nesta fase que se deve introduzir o conceito de risco cirúrgico odontológico, que prevê a coleta do histórico médico, social e farmacológico detalhado para categorizar o paciente em sistemas de mensuração de risco, a exemplo da classificação da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) (Ali et al., 2024). Identificar patologias subjacentes, controladas ou negligenciadas pelo próprio paciente, capacita o cirurgião a planejar modificações técnicas e farmacológicas — tais como adequar as soluções anestésicas e aplicar protocolos de redução de estresse —, superando a abordagem meramente reativa frente às crises emergenciais (Little, 2000; ALI et al., 2024).

Dessa forma, consolida-se o papel do cirurgião-dentista na segurança do paciente, um princípio ético e legal irrenunciável na prestação de cuidados de saúde (Ali et al., 2024). Além de tratar do sistema estomatognático, o dentista frequentemente atua na vanguarda da triagem em saúde, estando em uma posição privilegiada para detectar enfermidades silenciosas através da anamnese (Little, 2000; Ali et al.,

2024). Garantir um tratamento seguro também requer estar ativamente preparado para as emergências médicas não previstas, o que engloba manter uma equipe exaustivamente treinada e apta para realizar as manobras iniciais de suporte vital até que os serviços médicos de emergência (EMS) especializados assumam o caso (Rayner & Ragan, 2018). Uma omissão no preparo ou no suporte a esse paciente representa uma falha severa em seu bem-estar e sobrevivência (Rayner & Ragan, 2018; Ali et al., 2024).

O objetivo geral deste capítulo é fornecer diretrizes estruturadas e práticas para nortear os cirurgiões-dentistas frente aos desafios do manejo clínico-cirúrgico de pacientes com comorbidades sistêmicas. Em todo este percurso, deve-se destacar a importância incontestável da tomada de decisão baseada em evidências, a fim de que os diagnósticos de risco, o uso criterioso de substâncias anestésicas, e as terapias de profilaxia (como na manutenção de medicamentos antitrombóticos) não estejam ancorados no empirismo, mas sim no rigor da literatura científica contemporânea, assegurando assim o bem-estar do paciente (Bajkin et al., 2015; Crowley et al., 2023). Através do estudo de cada condição descrita adiante, espera-se dotar o profissional das competências exigidas para promover uma Odontologia integrada, resolutiva e, acima de tudo, pautada na excelência e na biossegurança (Ali et al., 2024; Little, 2000).

## 2 METODOLOGIA

O presente capítulo foi estruturado com base em uma revisão narrativa da literatura médica e odontológica, com o objetivo de compilar e sintetizar as evidências científicas e os protocolos clínicos mais atuais sobre o manejo clínico-cirúrgico de pacientes sistemicamente comprometidos no ambiente ambulatorial.

O levantamento bibliográfico foi conduzido em bases de dados eletrônicas científicas reconhecidas na área da saúde, primariamente a base PubMed/MEDLINE, além de buscas em diretórios acadêmicos adicionais (como a base Cochrane) e triagem manual em listas de referências de revisões da literatura relevantes. A estratégia de busca envolveu a utilização de múltiplos descritores e palavras-chave, aplicados tanto isoladamente quanto em combinações lógicas (operadores booleanos). Os principais termos empregados incluíram: *Oral Surgery* (Cirurgia Oral), *Systemic Comorbidities* (Comorbidades Sistêmicas), *Dental Caries* e *Periodontal Disease* cruzados com *Diabetes Mellitus*, *Hypertension* (Hipertensão), *Anticoagulants* (Anticoagulantes) e *Medical Emergencies* (Emergências Médicas).

A metodologia de extração ocorreu de maneira sistemática: os textos passaram por uma triagem inicial via leitura de títulos e resumos para avaliar a adequação ao tema, sendo, após essa etapa, lidos na íntegra. As informações cruciais foram extraídas e categorizadas em cinco grandes eixos temáticos norteadores da prática clínica:

1. **Avaliação Pré-Operatória:** Parâmetros de anamnese (obtenção detalhada da história médica), monitoramento de sinais vitais, classificação de risco físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) e necessidade de comunicação com o médico assistente.
2. **Cardiopatias e Hipertensão Arterial:** Flutuações da pressão sanguínea sob estresse cirúrgico odontológico e limites seguros para o emprego de vasoconstritores, especialmente o uso da epinefrina e a anestesia local.
3. **Terapia Anticoagulante:** Interpretação da Relação Normatizada Internacional (INR), verificação da incidência de sangramentos pós-operatórios sob diferentes abordagens (manutenção *versus* suspensão dos anticoagulantes como a varfarina) e emprego de agentes hemostáticos locais adequados.
4. **Manejo do Diabetes Mellitus:** Relação da doença com a microangiopatia e o risco infeccioso (doença periodontal, e patologias periapicais), além dos ajustes perioperatórios e interrupções necessárias frente às variadas terapias hipoglicemiantes, incluindo os protocolos de jejum para inibidores SGLT-2, agonistas GLP-1 e insulina.
5. **Preparo para Emergências Médicas:** Requisitos de resposta e infraestrutura da clínica odontológica, suporte básico e o manejo cooperativo até a chegada do Serviço Médico de Emergência (EMS).

A partir da organização descrita acima, os dados foram interpretados qualitativamente. Essa estruturação metodológica permitiu a formulação de um capítulo de caráter prático e baseado em evidências, superando condutas clínicas dogmáticas e padronizadas e destacando a importância de abordagens integradas na salvaguarda da saúde do paciente.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA E ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A prevenção de emergências médicas na prática odontológica baseia-se primordialmente nas informações obtidas por meio de uma anamnese detalhada e minuciosa (Ali et al., 2024). A coleta rigorosa do histórico médico e medicamentoso, aliada à investigação do histórico social e odontológico, capacita o cirurgião a antecipar problemas e complicações, visto que cerca de 35% das comorbidades sistêmicas estão associadas a um alto risco de desencadear uma emergência médica durante o atendimento (Ali et al., 2024). Pacientes com morbidades negligenciadas ou mal controladas são os mais propensos a eventos adversos, tornando absolutamente essencial investigar o uso contínuo de fármacos (como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes e anticoagulantes), cujos efeitos e interações podem impactar drasticamente o transcurso cirúrgico (Little, 2000; Crowley et al., 2023).

A avaliação de sinais vitais constitui uma etapa clínica irrenunciável da triagem e do acompanhamento pré-operatório (Little, 2000). A aferição da pressão arterial, por exemplo, deve ser realizada rotineiramente em todos os pacientes novos e nas consultas de retorno, estabelecendo um parâmetro basal de normalidade antes de qualquer estresse operatório (Adlesic, 2013; Little, 2000). Como muitos indivíduos adultos não diagnosticados para a doença ou não aderentes à terapia farmacológica procuram tratamento odontológico, a mensuração sistemática alerta o profissional para alterações agudas ou picos hipertensivos preexistentes, minimizando a ocorrência de episódios graves na cadeira odontológica (Little, 2000).

Junto à avaliação clínica, a solicitação e interpretação de exames complementares são fatores determinantes para quantificar o real estado de saúde e o risco sistêmico do paciente (Jimson et al., 2015). Indivíduos submetidos a terapias de anticoagulação prolongada exigem a avaliação do Tempo de Protrombina (TP) e a mensuração rigorosa da Razão Normatizada Internacional (INR) nos dias que antecedem a cirurgia, certificando-se de que os valores se encontram dentro da faixa terapêutica apropriada para o risco de sangramento, frequentemente com  $INR \leq 3,5$  ou até 4,0 a depender da diretriz (Bajkin et al., 2015; Jimson et al., 2015). Para pacientes diabéticos, deve-se verificar exames como a hemoglobina glicada (HbA1c) e a glicemia capilar, fundamentais para prever e contornar tanto a hipoglicemia aguda no transoperatório quanto o aumento expressivo no risco de infecções pós-operatórias associadas à hiperglicemia (Crowley et al., 2023).

O rigor dessa investigação culmina na utilização de sistemas consolidados de risco, sendo a classificação ASA (da Sociedade Americana de Anestesiologistas) uma das principais referências para o cirurgião bucomaxilofacial (Ali et al., 2024). Ao enquadrar o paciente com base na severidade de sua enfermidade sistêmica, a classificação ASA permite ao dentista prever tolerâncias cirúrgicas e, sobretudo, discutir limitações clínicas para procedimentos ambulatoriais (Ali et al., 2024). Pacientes categorizados em classes de maior gravidade, bem como aqueles que se apresentam em condições críticas de urgência, como com níveis pressóricos sistólicos acima de 180 mmHg, muitas vezes ultrapassam o limite de segurança da infraestrutura de um consultório convencional e precisam ser transferidos para centros cirúrgicos com suporte hospitalar (Adlesic, 2013; Ali et al., 2024).

Nesta fase de estratificação de risco, é dever do profissional destacar contraindicações temporárias ou absolutas à realização de intervenções eletivas (Adlesic, 2013). A literatura dita que as cirurgias devem ser adiadas em quadros de exacerbação de comorbidades, tais como episódios de isquemia recente, falência cardíaca descompensada, falha renal ou disfunção do sistema nervoso central (Adlesic, 2013). Condições crônicas desreguladas também representam contraindicações temporárias: pacientes com hipertensão severa (pressão arterial maior que 180/110 mmHg) ou diabéticos com índice de HbA1c superior a 69

mmol/mol (8,5%) devem ter seus tratamentos eletivos postergados e ser encaminhados ao tratamento médico para otimização da doença de base antes de se realizar a cirurgia (Adlesic, 2013; Crowley et al., 2023).

Para os casos sistemicamente complexos, a comunicação com o médico é uma diretriz de segurança imprescindível na tomada de decisão (Jimson et al., 2015). A obtenção de pareceres e o consentimento interprofissional garantem o alinhamento de protocolos vitais, como a definição a respeito da interrupção, terapia de ponte ou manutenção de agentes anticoagulantes, uma vez que a maioria das evidências atuais comprova que intervenções dentárias menores podem ser feitas de maneira segura sem interromper estas medicações (Bajkin et al., 2015; Jimson et al., 2015). Da mesma maneira, no manejo do diabetes, condutas recentes sugerem a suspensão de determinados hipoglicemiantes orais (a exemplo dos inibidores do SGLT-2) por cerca de três dias antes da cirurgia programada, o que exige alinhamento médico-odontológico estreito e prévio para evitar quadros de cetoacidose euglicêmica (Crowley et al., 2023).

Desta forma, torna-se fácil explicar como a avaliação prévia reduz complicações: a identificação de fatores de risco para complicações propicia a formulação de defesas e a implementação de medidas preventivas antes mesmo da incisão, interrompendo precocemente a cascata que levaria a eventos de isquemia miocárdica, hemorragias descontroladas e processos infecciosos agudos (Ali et al., 2024; Crowley et al., 2023). Compreender minuciosamente as repercussões fisiopatológicas de cada distúrbio permite adaptar as abordagens anestésicas e cirúrgicas para neutralizar os imprevistos operatórios, convertendo o gerenciamento de reações fisiológicas adversas em manobras altamente proativas (Ali et al., 2024).

O saldo natural e obrigatório de todas essas etapas é o planejamento cirúrgico individualizado (Crowley et al., 2023). As informações colhidas na anamnese permitem adaptar integralmente o plano de intervenção: desde agendar cirurgias em horários estratégicos ou modificar medicações, instituir restrições adequadas ao uso de vasoconstritores como a epinefrina para proteger o paciente cardiovascular, até a aplicação de protocolos de sedação para reduzir a ansiedade em pacientes com hipertensão (Little, 2000; Crowley et al., 2023). Tratar cirurgicamente o paciente com comorbidades sistêmicas não é aplicar uma fórmula padrão, mas sim executar uma técnica adaptada às peculiaridades exclusivas daquele indivíduo, priorizando, em todos os passos, a promoção integral de sua saúde e a máxima segurança (Ali et al., 2024; Crowley et al., 2023).

### 3.2 MANEJO CLÍNICO-CIRÚRGICO EM PACIENTES COM COMORBIDADES SISTÊMICAS

O manejo do paciente diabético exige uma compreensão aprofundada das alterações sistêmicas promovidas pela doença e de seus impactos sobre a resposta biológica aos procedimentos cirúrgicos odontológicos. A fisiopatologia do Diabetes Mellitus (DM), marcada pela hiperglicemia crônica, favorece a formação de produtos finais de glicação avançada (AGEs) e o desenvolvimento de microangiopatias,

reduzindo a difusão tecidual de oxigênio e comprometendo a atividade funcional dos leucócitos polimorfonucleares. Conseqüentemente, ocorre redução da quimiotaxia e da fagocitose, aumentando significativamente o risco de infecções pós-operatórias e retardando o processo de reparo tecidual (Murray, 1985; Mauri-Obradors et al., 2017).

Diante disso, o controle glicêmico pré-operatório torna-se indispensável para a realização segura de procedimentos cirúrgicos eletivos. Pacientes com hemoglobina glicada (HbA1c) superior a 8,5% apresentam maior suscetibilidade a infecções do sítio cirúrgico e complicações cicatriciais, motivo pelo qual procedimentos eletivos devem ser adiados até melhor compensação metabólica (Crowley et al., 2023). Além disso, protocolos atuais recomendam a manutenção da glicemia capilar em níveis seguros durante o perioperatório, preferencialmente entre 6 e 10 mmol/L, evitando episódios tanto de hiperglicemia quanto de hipoglicemia. Esta última representa uma das emergências médicas mais relevantes durante o atendimento odontológico, especialmente em pacientes usuários de insulina ou hipoglicemiantes orais (Ali et al., 2024).

Nesse contexto, algumas estratégias clínicas tornam-se fundamentais para minimizar riscos. O agendamento das cirurgias no período da manhã, associado ao respeito aos horários alimentares e à rotina medicamentosa do paciente, contribui significativamente para a estabilidade metabólica durante o atendimento. Paralelamente, recomenda-se atenção ao manejo farmacológico pré-operatório, considerando que determinados medicamentos, como os inibidores do SGLT-2, devem ser suspensos temporariamente devido ao risco de cetoacidose euglicêmica, enquanto outros, como a metformina, geralmente podem ser mantidos (Crowley et al., 2023). Adicionalmente, em procedimentos mais extensos ou potencialmente contaminados, a antibioticoprofilaxia pode ser indicada como medida preventiva frente ao maior risco infeccioso desses indivíduos (Ali et al., 2024).

Além das alterações metabólicas, a presença de hipertensão arterial e cardiopatias também exige rigoroso planejamento clínico-cirúrgico, especialmente em razão do risco aumentado de eventos cardiovasculares durante procedimentos odontológicos. Pacientes com pressão arterial controlada tendem a apresentar estabilidade hemodinâmica semelhante à observada em indivíduos saudáveis durante atendimentos cirúrgicos ambulatoriais (Meiller et al., 1983). Entretanto, condições descompensadas configuram importante fator de risco para complicações graves, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. Dessa forma, diretrizes clínicas recomendam o adiamento de procedimentos eletivos em pacientes com pressão arterial igual ou superior a 180/110 mmHg (Adlesic, 2013; Little, 2000).

No âmbito anestésico, o uso criterioso de vasoconstritores desempenha papel importante tanto na analgesia quanto no controle hemostático. Evidências demonstram que a lidocaína a 2% associada à

epinefrina 1:100.000 pode ser utilizada com segurança em pacientes cardiopatas, desde que respeitado o limite máximo de dois tubetes anestésicos, correspondendo a aproximadamente 0,036 mg de epinefrina (Little, 2000). Essa abordagem reduz a dor intraoperatória e evita elevações endógenas de catecolaminas induzidas pelo estresse e pela ansiedade. Em contrapartida, vasoconstritores com predominante ação alfa-adrenérgica, como norepinefrina e levonordefrina, devem ser evitados devido ao potencial risco cardiovascular.

Outro aspecto relevante diz respeito à prevenção da endocardite infecciosa em pacientes de alto risco. As recomendações atuais da American Heart Association indicam antibioticoprofilaxia para indivíduos portadores de válvulas cardíacas protéticas, histórico prévio de endocardite infecciosa e determinadas cardiopatias congênitas específicas (Bajkin et al., 2015; Ali et al., 2024). Somado a isso, o controle da ansiedade constitui medida essencial para a prevenção de intercorrências cardiovasculares durante o atendimento odontológico. Estratégias como construção de vínculo profissional-paciente, consultas breves e utilização de sedação mínima com benzodiazepínicos ou óxido nítrico contribuem para redução do estresse fisiológico e da liberação exacerbada de catecolaminas (Little, 2000).

Da mesma forma, pacientes sob terapia anticoagulante requerem abordagem individualizada baseada na avaliação criteriosa do risco hemorrágico e tromboembólico. Em usuários de antagonistas da vitamina K, como a varfarina, a realização do Tempo de Protrombina e da Razão Normatizada Internacional (INR) é indispensável nos dias que antecedem o procedimento cirúrgico (Jimson et al., 2015). A literatura atual demonstra que procedimentos odontológicos menores, incluindo exodontias simples, podem ser realizados com segurança em pacientes com INR dentro da faixa terapêutica, geralmente até 3,5 ou 4,0, desde que medidas hemostáticas adequadas sejam empregadas (Bajkin et al., 2015).

Nesse sentido, destaca-se que a interrupção da terapia anticoagulante não é recomendada na maioria dos procedimentos odontológicos de pequeno porte, uma vez que o risco de eventos tromboembólicos decorrentes da suspensão medicamentosa supera significativamente o risco hemorrágico local (Jimson et al., 2015). Assim, a segurança cirúrgica depende prioritariamente da adoção de protocolos hemostáticos locais eficazes, incluindo manipulação minimamente traumática dos tecidos, uso de agentes hemostáticos absorvíveis, sutura cuidadosa e aplicação tópica de ácido tranexâmico quando necessário (Bajkin et al., 2015; Jimson et al., 2015).

Além das alterações hematológicas, pacientes imunossuprimidos representam outro grupo de elevada complexidade clínica no contexto cirúrgico odontológico. A deficiência da resposta imunológica, seja decorrente da própria doença de base ou do uso de medicamentos imunossupressores, favorece infecções oportunistas, retarda a cicatrização e aumenta o risco de disseminação sistêmica de microrganismos oriundos da cavidade oral (Ali et al., 2024; Murrah, 1985). Dessa maneira, o planejamento

cirúrgico nesses pacientes deve priorizar a eliminação de focos infecciosos, a adoção de técnicas minimamente invasivas e o acompanhamento rigoroso no pós-operatório.

Além disso, a interação entre a equipe odontológica e médica torna-se fundamental para definição do momento ideal da cirurgia e avaliação da necessidade de ajustes temporários nas terapias imunossupressoras. Em muitos casos, particularmente em pacientes transplantados e oncológicos, a antibioticoprofilaxia apresenta importante papel preventivo contra infecções sistêmicas e complicações potencialmente graves (Ali et al., 2024).

Por fim, pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) demandam atenção especial devido às importantes alterações metabólicas, hematológicas e farmacocinéticas associadas à falência renal. A redução da taxa de filtração glomerular interfere diretamente no metabolismo e na excreção de diversos medicamentos utilizados rotineiramente na prática odontológica, exigindo ajustes posológicos para evitar toxicidade sistêmica (Ali et al., 2024). Além disso, muitos desses pacientes apresentam hipertensão arterial secundária, anemia e distúrbios plaquetários, fatores que aumentam consideravelmente o risco cirúrgico (Adlesic, 2013).

Associado a isso, pacientes em hemodiálise necessitam de planejamento criterioso quanto ao momento do atendimento cirúrgico. Recomenda-se que os procedimentos sejam realizados em dias alternados à diálise, minimizando os efeitos anticoagulantes da heparinização sistêmica utilizada durante o procedimento dialítico e reduzindo o risco de sangramentos excessivos (Ali et al., 2024). Paralelamente, a susceptibilidade aumentada a infecções e a presença frequente de acessos vasculares reforçam a importância da antibioticoprofilaxia em procedimentos cirúrgicos mais extensos. Dessa forma, o manejo odontológico desses pacientes deve ser pautado em abordagem multidisciplinar, monitoramento rigoroso e individualização terapêutica, garantindo maior previsibilidade clínica e segurança durante todas as etapas do tratamento cirúrgico.

### 3.3 COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

O preparo do cirurgião-dentista frente às emergências no consultório é uma conduta irrenunciável que divide o limite entre o susto e a fatalidade (Rayner; Ragan, 2018). As emergências médicas em ambiente odontológico são situações clínicas de ocorrência imprevisível, cuja resolução segura demanda da equipe de saúde um treinamento constante em suporte básico de vida, protocolos de oxigenação e o pronto acionamento dos serviços médicos de emergência (EMS) quando a situação foge da competência ambulatorial (Rayner; Ragan, 2018). A síncope vasovagal destaca-se como a emergência médica mais prevalente, originando-se do represamento venoso nas extremidades que diminui a pré-carga cardíaca e a

perfusão cerebral, sendo geralmente engatilhada por dor, estresse e ansiedade exacerbada perante o instrumental odontológico (Adlesic, 2013).

Quando o paciente manifesta perdas súbitas ou alterações agudas, é preciso dominar as condutas imediatas frente às intercorrências. Diante da síncope, o procedimento deve ser paralisado para que o paciente seja reclinado em posição supina com os membros inferiores levemente elevados, favorecendo o retorno do sangue ao coração e oxigenando o cérebro (Adlesic, 2013). Em pacientes sob estresse profundo, as repercussões simpáticas com a liberação endógena de catecolaminas podem elevar perigosamente a pressão arterial (Little, 2000). Caso o paciente atinja uma pressão sistólica superior a 180 mmHg ou diastólica superior a 110 mmHg, configura-se o início de uma potencial crise hipertensiva, na qual intervenções eletivas devem ser imediatamente abortadas para referenciar o paciente a uma avaliação médica, evitando complicações letais como infarto agudo do miocárdio ou eventos isquêmicos e hemorrágicos cerebrais (Adlesic, 2013; Little, 2000).

O manejo de descompensações sistêmicas abrange ainda o risco iminente de hipoglicemia nos diabéticos que receberam as dosagens rotineiras de seus hipoglicemiantes, mas que entraram em jejum prolongado antes da cirurgia (Crowley et al., 2023). A baixa acentuada de glicose circulante provoca tremores, confusão mental e até o coma, requerendo a interrupção da cirurgia para fornecimento de carboidratos de ação rápida via oral (em caso de consciência preservada) ou o suporte emergencial intravenoso (Crowley et al., 2023; Rayner; Ragan, 2018). Já as reações alérgicas a substâncias administradas no consultório, sejam elas látex, antibióticos ou anestésicos, podem culminar em um choque anafilático severo e fechamento das vias aéreas; o tratamento de primeira linha exige o pronto uso da epinefrina intramuscular (na dose de 0,3 mg a 1:1000 para adultos), que salva vidas enquanto a transferência ao hospital é viabilizada (Adlesic, 2013; Rayner; Ragan, 2018).

Superados os distúrbios sistêmicos transoperatórios, o cirurgião lida com os eventos locais desfavoráveis. As hemorragias compõem as intercorrências cirúrgicas mais temidas em portadores de cardiopatias sob uso crônico de agentes antitrombóticos ou naqueles acometidos por insuficiência renal crônica avançada (Jimson et al., 2015; Ali et al., 2024). A prevenção e controle de complicações hemorrágicas, atualmente, dão-se sem a descontinuação da varfarina ou antiplaquetários nas cirurgias menores, valendo-se majoritariamente de rigorosas manobras de hemostasia local, utilizando celulose oxidada regenerada, esponjas de gelatina absorvível intrassocket e a síntese das bordas associada ao uso de agentes antifibrinolíticos tópicos (Bajkin et al., 2015; Jimson et al., 2015).

As doenças base também exercem forte impacto a longo prazo sobre os tecidos operados, gerando um comprometimento da cicatrização e predispondo a infecções pós-operatórias agressivas (Murrah, 1985; Crowley et al., 2023). Pacientes com Diabetes Mellitus crônico não controlado manifestam defeitos funcionais acentuados na quimiotaxia e na fagocitose de seus neutrófilos, o que debilita sua resposta

imunológica (Murrah, 1985). Além disso, a microangiopatia basal espessa a membrana capilar e inibe a difusão de oxigênio e a neovascularização cicatricial, gerando um reparo alveolar isquêmico e lento (Murrah, 1985; Mauri-Obradors et al., 2017). Dessa forma, para resguardar a vida operatória, deve-se sempre enfatizar o monitoramento clínico e a segurança do paciente, adotando a aferição repetitiva de sinais vitais, garantindo níveis sistêmicos controlados no pré-operatório, e empregando coberturas antimicrobianas profiláticas quando amplamente justificadas pelas fragilidades imunes instaladas (Crowley et al., 2023; Rayner; Ragan, 2018).

#### **4 CONCLUSÃO**

Nesta síntese dos principais cuidados clínico-cirúrgicos, solidifica-se que a Odontologia cirúrgica em pacientes sistemicamente acometidos repousa sobre alicerces estritamente médicos e preventivos. Ao traçar os meandros de patologias como a hipertensão, o diabetes, as cardiopatias, as coagulopatias e as deficiências imunes, fica demonstrada a incontestável importância do planejamento individualizado. É vedado ao profissional empregar condutas padronizadas para a prescrição, o agendamento e a execução cirúrgica perante pacientes com doenças crônicas, cujas variáveis fisiológicas e respostas ao estresse oscilam profundamente de indivíduo para indivíduo.

A multiplicidade e a complexidade das desordens associadas reafirmam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar contínua. O trânsito de opiniões, o alinhamento de condutas e a troca de relatórios entre o cirurgião-dentista e a equipe médica (como cardiologistas, endocrinologistas e nefrologistas) elevam os desfechos operatórios a níveis de excelência. É este trabalho integrado que viabiliza a verdadeira segurança e a prevenção de complicações, evitando superposições danosas na terapêutica medicamentosa — como a suspensão equivocada de antitrombóticos ou desajustes de hipoglicemiantes — e protegendo o paciente de eventos agudos e potencialmente fatais.

Para sustentar esse nível de cuidado, a atualização científica contínua atua como o motor de um manejo clínico responsivo e seguro, devendo o profissional compreender a importância vital dos protocolos baseados em evidências. As condutas pré, trans e pós-operatórias devem refletir o rigor das diretrizes médicas e odontológicas contemporâneas, superando de forma definitiva o empirismo clínico e as práticas defasadas.

As perspectivas futuras para o manejo odontológico de pacientes sistêmicos acenam para métodos de monitoramento cada vez menos invasivos, como o uso de biossensores contínuos em tempo real, e para uma crescente personalização dos alvos de tolerância operatória. A elaboração de guias práticos apoiados por amplas bases de dados tecnológicas promete, em um futuro próximo, refinar ainda mais a segurança e reduzir as incertezas no ambiente de consultório ambulatorial.

Por fim, encerra-se este capítulo reforçando a profunda responsabilidade clínica, ética e legal do cirurgião-dentista. Destaca-se que o conhecimento sistêmico é absolutamente essencial para a prática cirúrgica segura, desmistificando a visão reducionista do sistema estomatognático e conectando todas as manifestações ou intervenções intrabucais ao reflexo metabólico interno do paciente. O cirurgião-dentista atua na linha de frente do diagnóstico e da proteção orgânica global. Assumir um procedimento cirúrgico, no cenário atual, exige uma postura científica e crítica, resguardando não apenas a reparação dos tecidos orais, mas a estabilidade e a própria vida do indivíduo.

## REFERÊNCIAS

1. ADLESIC, E. C. Cardiovascular Anesthetic Complications and Treatment in Oral Surgery. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, [s.l.], 2013.
2. ALI, F. M. et al. Prevalence and Variation of Medical Comorbidities in Oral Surgery Patients: A Retrospective Study at Jazan University. **Medical Science Monitor**, [s.l.], v. 30, p. e943884, 2024.
3. BAJKIN, B. V. et al. Risk factors for bleeding after oral surgery in patients who continued using oral anticoagulant therapy. **The Journal of the American Dental Association**, [s.l.], v. 146, n. 6, p. 375-381, 2015.
4. CROWLEY, K. et al. Current practice in the perioperative management of patients with diabetes mellitus: a narrative review. **British Journal of Anaesthesia**, [s.l.], v. 131, n. 2, p. 242-252, 2023.
5. JIMSON, S. et al. Assessment of bleeding during minor oral surgical procedures and extraction in patients on anticoagulant therapy. **Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences**, [s.l.], v. 7, Suppl. 1, p. S134-S137, 2015.
6. LITTLE, J. W. The impact on dentistry of recent advances in the management of hypertension. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, [s.l.], v. 90, n. 5, p. 591-599, 2000.
7. MAURI-OBRADORS, E. et al. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, [s.l.], v. 22, n. 5, p. e586-e594, 2017.
8. MEILLER, T. F. et al. Blood Pressure Fluctuations in Hypertensive Patients during Oral Surgery. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, [s.l.], v. 41, p. 715-718, 1983.
9. MURRAH, V. A. Diabetes mellitus and associated oral manifestations: a review. **Journal of Oral Pathology**, [s.l.], v. 14, p. 271-281, 1985.
10. RAYNER, C.; RAGAN, M. R. Are You Ready for Emergency Medical Services in Your Oral and Maxillofacial Surgery Office? **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America**, [s.l.], v. 30, p. 123-135, 2018.