

Artigo de Revisão de Literatura
Literature Review Article

Cirurgia oral em pacientes idosos: considerações clínicas, cirúrgicas e avaliação de riscos

Oral surgery in elderly patients: clinical/surgical considerations and risk assessment

Catarina Ribeiro Barros de Alencar¹
Francisco Juliherme Pires de Andrade¹
Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão¹

Endereço para correspondência:

Corresponding author:

Catarina Ribeiro Barros de Alencar
Avenida Manoel Barros de Oliveira, n.º 219 – Bairro Universitário
CEP 58429-080 – Campina Grande – PB
E-mail: catarina.rba@gmail.com

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande – Paraíba – Brasil.

Recebido em 7/6/2010. Aceito em 13/9/2010.

Received for publication: June 7, 2010. Accepted for publication: September 13, 2010.

Palavras-chave:

Odontologia; cirurgia bucal; idoso.

Resumo

Introdução: A necessidade de cirurgia oral em idosos tem sido crescente no sentido de permitir o equilíbrio de suas funções mastigatórias, estéticas e fonéticas, por meio da adequação dos tecidos orais para o assentamento correto de aparelhos protéticos, repercutindo positivamente na saúde geral do indivíduo. **Objetivo:** Rever a literatura acerca das considerações clínicas e operatórias relevantes ao satisfatório atendimento de idosos na prática clínica rotineira, sobretudo nos casos em que o tratamento de escolha represente uma conduta cirúrgica. **Revisão de literatura:** Na atualidade, as exodontias, as cirurgias pré-protéticas e os implantes osteointegrados são as condutas operatórias mais realizadas em pessoas idosas. Para tanto, as particularidades fisiológicas de tais casos têm de ser consideradas, com destaque para o monitoramento da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, osteoporose, uso de medicações, entre as mais variadas condições que tornam o idoso um paciente que requer atenção especial no consultório odontológico.

Conclusão: Em virtude da fragilidade inerente aos indivíduos da terceira idade, o ato operatório nessa fase da vida reveste-se de cuidados em relação a um completo exame clínico e uma criteriosa avaliação dos riscos cirúrgicos, de maneira a analisar a conveniência da indicação cirúrgica a fim de primar pelo bem-estar do paciente.

Keywords: Dentistry; oral surgery; elderly person.

Abstract

Introduction: The need for oral surgery has been considerably increasing in elderly population in order to allow the balance of their masticatory, aesthetic, and phonetic functions through adapting the oral tissues for the appropriate placement of the prosthetic devices, thereby impacting positively on the subject's health. **Objective:** This article aimed to review the literature on both clinical and surgical considerations required to the satisfactory treatment of elderly patients in clinical routine practice, focusing particularly on cases whose treatment choice is a surgical procedure. **Literature review:** The most commonly performed surgeries in elderly patients, nowadays, are tooth extractions, pre-prosthetic surgeries and osseointegrated implants. Therefore, the physiological features inherent to such cases should be considered, especially those that involve the monitoring of glycemic and blood pressure levels, osteoporosis, medication use, and many other conditions demanding special attention for elderly patient treatment at dental office. **Conclusion:** Due to the fragility intrinsic to elderly individuals, the surgery at this stage of life requires caution in relation to a comprehensive clinical examination and also to a careful evaluation of the surgical risks in order to analyze the correct indication of the surgery and thereby to ensure patient's well-being.

Introdução

O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo natural e gradual, capaz de produzir limitações e alterações no funcionamento do organismo e tornar o sujeito mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças [33].

A terceira idade é formada por um grupo heterogêneo de pessoas em virtude das diferentes experiências de vida por elas acumuladas. Existem idosos de diversos níveis econômicos, culturais, de saúde e de motivação quanto à manutenção da saúde bucal. Dessa forma, tais variações podem afetar a aceitação, a realização e o sucesso do tratamento [29].

Nesse contexto, especialidades como a geriatria e a odontogeriatrics buscam cada vez mais o aumento da expectativa de vida, mantendo-a preservada com relativa saúde, e entendem que a fase final da vida deve ser encarada como uma etapa que também tem seus encantos e permite uma existência feliz e recompensadora [15].

A Odontologia é, portanto, responsável por manter as condições de saúde bucal satisfatórias, que proporcionem o exercício adequado das funções mastigatória, estética e fonética, de modo a criar repercussões positivas sobre a saúde geral e o estado psicológico do indivíduo em idade avançada.

O paciente idoso apresenta as mais diversas necessidades cirúrgicas, muitas delas semelhantes às encontradas em jovens. Tais procedimentos podem variar de simples exodontias até cirurgias maxilofaciais complexas. Contudo a presença de doenças sistêmicas, deficiências nutricionais e outras condições associadas ao processo de envelhecimento tornam o paciente idoso um caso especial, que precisa de uma visão integral em termos de tratamento médico e odontológico [11].

A indicação, a natureza e a extensão da terapêutica cirúrgica dependem das alterações sistêmicas do sujeito, causadas por sua condição de saúde geral, e daquelas específicas aos tecidos bucais, geralmente decorrentes dos efeitos colaterais

das medicações utilizadas para a manutenção da sua saúde [9].

O presente trabalho objetiva discorrer acerca da cirurgia oral em idosos, mediante considerações sobre o exame clínico e a avaliação do risco cirúrgico nessa parcela da população, e das principais condutas cirúrgicas realizadas em consultório.

Revisão de literatura

Exame clínico e avaliação do risco cirúrgico no paciente idoso

O aspecto mais crítico das atividades cirúrgicas na terceira idade assenta-se em uma anamnese profunda, extensa e interdisciplinar, uma vez que a correta análise das condições sistêmicas do idoso norteará o planejamento [8, 28].

Dessa forma, Zimmermann *et al.* [40] recomendam que a anamnese seja dirigida, de modo que o cirurgião-dentista conduza as questões e o paciente relate livre e espontaneamente suas queixas e expectativas em relação ao tratamento.

Para tanto, a ficha clínica constitui um documento em que o profissional registra os dados referentes à identificação do paciente (nome, idade, endereço, telefone, estado civil etc.), à sua história médica e odontológica (atuais e pregressas), às informações colhidas no exame físico e à descrição da sequência minuciosa dos procedimentos clínico-cirúrgicos efetuados [10].

Não obstante, muitas pessoas omitem dados concernentes ao seu estado de saúde geral no preenchimento das fichas de anamnese. Assim, os exames laboratoriais mostram-se excelentes recursos para identificação da real condição sistêmica do indivíduo e possuem grande utilidade na avaliação pré-operatória em pacientes de idade avançada [23]. Com frequência solicitam-se hemogramas completos (série branca e vermelha e plaquetas), coagulogramas (TT, TTPa e INR) completos, teste de glicemia em jejum, avaliação da função renal (dosagem de ureia e creatinina no soro) e da função hepática (TGO, TGP, bilirrubina, albumina e fosfatase alcalina) e avaliação cardiológica (eletrocardiograma e radiografia de tórax) [36].

Andrade e Ranali [5] afirmam que a averiguação dos sinais vitais faz parte do exame físico e deve ser realizada na consulta inicial ou em cada sessão de atendimento, sobretudo nos casos de

portadores de doenças cardiovasculares. Apesar de ser um procedimento muitas vezes negligenciado, a obtenção de valores relativos ao pulso carotídeo, à frequência respiratória, à pressão arterial e à temperatura, com o paciente em repouso, precisa sempre constar do prontuário odontológico.

Como complementação do diagnóstico e da avaliação pré-operatória, existem ainda as variadas técnicas radiográficas, intra e extraorais. Ao profissional cabe conhecer, portanto, tais técnicas radiográficas de uso em Odontologia, as suas indicações e limitações e dominar o aspecto das imagens resultantes, a fim de poder discernir o aspecto anatômico de um patológico. A radiografia panorâmica destaca-se entre as técnicas mais requeridas pelo cirurgião-dentista. É indicada para avaliação qualitativa da situação óssea do paciente, possibilitando visualização da maxila, da mandíbula e das estruturas circunvizinhas como um todo [36].

Segundo Arellano [6], a tomografia computadorizada é o método de escolha para a imagem das estruturas ósseas, por fornecer a reprodução de uma secção do corpo humano com finalidade diagnóstica. Na Odontologia, ela mostra-se bastante útil para identificar e delinear processos patológicos, visualizar dentes retidos, verificar os seios paranasais, diagnosticar trauma, evidenciar os componentes ósseos da articulação temporomandibular e os leitos para implantes dentários.

Esse exame possui três vantagens gerais importantes sobre a radiografia convencional: as informações tridimensionais são apresentadas na forma de uma série de cortes finos da estrutura interna da parte estudada; o sistema é mais sensível na diferenciação de tipos de tecido, de modo que tais diferenças podem ser mais claramente demarcadas e analisadas; e possibilidade de manipular e ajustar a imagem após ter sido completada a varredura, como ocorre de fato com toda a tecnologia digital. Essa última função inclui ajustes de brilho, realce de bordos e aumento de áreas específicas. Além disso, pode-se ajustar o contraste ou a escala de cinza, para melhor visualizar a anatomia de interesse [7].

Na avaliação pré-operatória serão apurados também sinais e sintomas referentes a patologias cardiovasculares, respiratórias e antecedentes alérgicos. Ademais, em virtude da potencial

existência de condições médicas prévias no idoso, torna-se rotineira e mandatória uma consulta com o médico do paciente, a fim de obter esclarecimentos e orientações sobre a sua condição sistêmica [11].

Os pacientes geriátricos, de um modo geral, requerem mais atenção do profissional quanto ao risco de infecção, à alteração na coagulação e cicatrização da ferida cirúrgica, à capacidade de metabolização dos fármacos administrados e às suas interações, à sobrecarga ao aparelho cardiocirculatório, aos fatores locais, como fragilidade óssea por atrofia e anquiloses, e sobretudo ao estresse emocional [8].

Wahl e Pallasch [37] destacam que uma das maiores complicações cirúrgicas consiste no risco de endocardite bacteriana, uma infecção do endocárdio que também acomete outras estruturas do coração, como as comunicações interventriculares e as próteses valvares. A terapia antibiótica tem sido indicada para preveni-la, quando indivíduos susceptíveis são submetidos a intervenções odontológicas que ocasionem sangramento e possibilitem a ocorrência de bacteremia transitória, ou seja, a penetração de bactérias da microbiota bucal na corrente circulatória.

Segundo a American Health Association [4], as condições cardiovasculares de alto risco que exigem profilaxia antibiótica são: válvulas cardíacas protéticas, endocardite bacteriana prévia e defeitos congênitos graves. Consideram-se de médio risco defeitos cardíacos mais simples, febres reumáticas ou outras disfunções valvares adquiridas, cardiopatia hipertrófica e prolapsos de válvula mitral com regurgitação.

Preconiza-se, portanto, a administração via oral de 2 g de amoxicilina. Nos casos em que há impossibilidade de ingestão do medicamento, prescrevem-se 2 g de ampicilina via intramuscular (IM) ou intravenosa (IV), ou 1 g de cefazolina ou ceftriaxona. Para pacientes alérgicos à penicilina ou ampicilina que conseguem engolir o remédio, a opção é receitar 2 g de cefalexina, ou 600 mg de clindamicina ou ainda 500 mg de azitromicina ou claritromicina. Por fim, para alérgicos à penicilina ou ampicilina incapacitados de ingerir a medicação, deve-se optar por 1 g (IM ou IV) de cefazolina ou ceftriaxona, ou 600 mg (IM ou IV) de clindamicina. O regime geral de administração dos fármacos nas situações de profilaxia antibiótica é em dose única cerca de 30 ou 60 minutos antes do procedimento [39].

Além desse fator complicador, as recomendações de terapêutica anticoagulante vêm se tornando cada vez mais frequentes na prática clínica. Há até mesmo uma grande diversidade de opiniões tanto na área médica quanto na odontológica em relação a como realizar um tratamento odontológico seguro em pacientes anticoagulados com derivados cumarínicos [13], sem contar o recorrente uso de ácido acetilsalicílico (AAS) como antiagregante plaquetário, utilizado, por exemplo, no tratamento e controle da insuficiência cardíaca congestiva, causando hipotensão e maior risco de hemorragia [36].

Logo, em casos de cirurgias de maiores proporções, como extrações múltiplas, e que envolvam retalhos extensos, a suspensão ou substituição de tais drogas deve ser avaliada em conjunto com o médico. Contudo Dantas *et al.* [13] asseguram a possibilidade do emprego de métodos hemostáticos locais quando a administração da medicação não pode ser interrompida. Entre os materiais com ação hemostática, os mais comuns são esponja de gelatina reabsorvível, esponja de colágeno, celulose oxidada, bochecho com ácido tranexâmico e selante de fibrina, todos eles com bons resultados na hemostasia local.

Em seu estudo, Evans *et al.* [14] concluíram que sujeitos usando dicumarínicos com INR (índice normatizado internacional, referência para tempo de coagulação) menor que 4.1 podem passar por exodontias sem alteração no tocante à medicação. Já de acordo com Scully e Wolff [32], as exodontias a fórceps não complicadas de um a três dentes em pacientes com INR menor que 3.5 e sem outros fatores de risco (como ingestão de AAS, álcool ou outras coagulopatias) associadas a hemostáticos locais são passíveis de serem realizadas sem mudar a medicação anticoagulante.

Idosos hipertensos (pressão arterial – PA – acima de 140 por 90 mmHg) que necessitam de cirurgia oral devem estar em situação controlada. Caso a PA esteja acima de 180 por 100 mmHg no momento pré-operatório, não se recomenda o procedimento cirúrgico sem a opinião médica [22]. Não obstante, para Little [18], se a PA estiver acima de 140 por 90 mmHg no momento imediatamente anterior ao ato operatório, a intervenção cirúrgica precisa ser cancelada, por causa do alto risco de acidente vascular cerebral, além de outras coronariopatias (como angina e infarto do miocárdio) e doença renal crônica, em função da exposição do tecido

renal durante muitos anos a altas pressões de perfusão, o que pode acarretar fibrose crônica do parênquima renal e perda irreversível da função desse órgão [27].

No que tange a pacientes com diabetes não compensado, infecções e complicações vasculares, confusão mental, agitação, convulsão e morte são capazes de ocorrer durante a cirurgia [22]. A American Diabetes Association [3] considera diabética qualquer pessoa com glicemia de jejum maior ou igual a 126 ml/dl, glicose casual maior ou igual a 200 ml/dl com sintomas de diabetes ou glicose plasmática maior ou igual a 200 mg/dl após duas horas de sobrecarga de glicose no TOTG (teste oral de tolerância à glicose ou curva glicêmica). Conforme Misch [22] devem-se postergar os procedimentos cirúrgicos planejados quando há mais de 250 mg/dl de glicose casual. Em tal caso, é preciso buscar apoio médico imediato.

Fora todos esses fatores, o diagnóstico de osteoporose, comumente estabelecido em pessoas com idade avançada, alerta para possíveis problemas com o trabeculado ósseo e demanda maior cuidado em operações envolvendo tecido duro, que apenas devem ser feitas quando o médico assegurar a estabilidade do paciente [26]. Muitos são os sinais clínicos e radiográficos que sugerem a existência de osteoporose, como quantidade de dentes presentes – embora não haja um número estatístico que indique tal ocorrência –, doença periodontal progressiva, reabsorção do osso alveolar, reabsorção endosteal do córtex inferior mandibular e pequena espessura da cortical mandibular observada em radiografias panorâmicas. Um exame bastante apropriado para medir a densidade mineral óssea, a densitometria óssea por meio de DXA (*dual energy x-ray absorptiometry*) consiste num tipo de radiação x de baixa intensidade que permite a determinação de sua massa óssea [31].

Quanto à etapa anestésica, existe a necessidade de palpação minuciosa das partes ósseas e moles, visto que as reabsorções ósseas, o tônus da pele e a mucosa modificam os referenciais para os atos cirúrgicos em idosos. O anestésico de escolha é a lidocaína a 2% com epinefrina a 1-100.000. Em procedimentos mais extensos indica-se bupivacaína a 0,5% com epinefrina a 1.200.000 [15].

O risco anestésico-cirúrgico depende, pois, de fatores relacionados ao paciente, à cirurgia e à anestesia. Em relação ao primeiro, leva-se em

conta o seu estado físico. Para tanto, adota-se a classificação proposta por Saklad em 1941 [30], considerando a mortalidade secundária à anestesia e as condições clínicas pré-operatórias associadas. A American Society of Anesthesiologists (ASA) aceitou a classificação, empregada por quase todos os países [30]. Nela constam cinco categorias:

- Grau I: paciente sem nenhum distúrbio sistêmico;
- Grau II: paciente com doença sistêmica leve a moderada;
- Grau III: paciente com distúrbio sistêmico severo, por patologia geral ou cirúrgica que limita a atividade, mas não incapacita;
- Grau IV: paciente com distúrbio sistêmico extremamente grave, com risco iminente de morte;
- Grau V: paciente moribundo que pode não sobreviver por mais do que 24 horas com ou sem cirurgia.

A análise das patologias sistêmicas citadas (hipertensão, diabetes, osteoporose) correlaciona o risco cirúrgico à complexidade e evolução da alteração sistêmica: quanto mais severa a disfunção sistêmica, maior o risco do ato operatório. Na maioria das vezes, os pacientes geriátricos atendidos na clínica odontológica podem ser enquadrados na seguinte classificação: ASA II (doença sistêmica de leve a moderada) – raramente os idosos não têm alguma alteração sistêmica (ASA I), condição ideal à intervenção cirúrgica; ASA III – requerem atenção especial e recomenda-se não submetê-los a procedimentos invasivos sem que a doença sistêmica se encontre em situação controlada e após consentimento do médico que os acompanha; e ASA IV e V – não são favoráveis a intervenções cirúrgicas em âmbito odontológico, visto que a adequação da sua cavidade bucal não traria benefícios imediatos a sua condição geral, já bastante debilitada.

Destarte, diante dos prováveis riscos das intervenções cirúrgicas em indivíduos com idade avançada, elas devem ser realizadas sempre que possível no próprio consultório, de maneira a evitar tensões emocionais excessivas. Ao cirurgião-dentista compete escolher a técnica cirúrgica mais adequada, com duração aceitável ao paciente e de preferência no período da manhã, em razão de menor incidência de problemas cardiovasculares nesse horário [38].

Considerações operatórias

Exodontias

A remoção de um dente representa um dos principais procedimentos cirúrgicos executados na clínica odontológica. No que se refere ao idoso, reveste-se de uma vasta gama de cuidados. Segundo Howe [16], a extração de elementos dentais nesses indivíduos pode ficar dificultada em decorrência de anquilose óssea e maior friabilidade da estrutura dentária, o que exige mais atenção no manejo de fórceps e elevadores.

As indicações de exodontia em tal faixa etária estão com frequência associadas à destruição do suporte dental, por doença periodontal, ou às variadas necessidades protéticas. Nas exodontias simples, a técnica cirúrgica é semelhante à adotada em jovens e atenta-se para o fato de que as tábuas ósseas não apresentam mais a mesma elasticidade, estando, pois, mais susceptíveis a fraturas. Nos casos de múltiplas exodontias, o processo alveolar precisa estar adequadamente exposto em um retalho do tipo envelope, e mostra-se oportuno fazer osteoplastias e remoção de espículas ósseas, para promover uma anatomia mais confortável à instalação da futura prótese [11].

No sentido de trazer conforto ao paciente, as exodontias múltiplas devem ser desdobradas em mais de uma etapa, sobretudo nos casos de dentes retidos, sempre que a prática clínica permitir optar pelo acompanhamento da evolução do caso sem adoção de uma terapia invasiva [8]. Todavia a cirurgia de remoção de elementos inclusos visa evitar que outras patologias se instalem, como, por exemplo, doença periodontal, cárie, pericoronarite, formação de cistos e tumores, reabsorção radicular, fratura de mandíbula, dor de etiologia desconhecida e maloclusões [19]. Por isso, o profissional tem a responsabilidade de analisar os benefícios e os prejuízos que a intervenção venha a acarretar ao idoso.

Caso a remoção de vários dentes seja planejada para uma única sessão, é interessante seguir uma ordem lógica, evitando hemorragias desnecessárias e reduzindo o tempo cirúrgico: efetuar as incisões inicialmente no rebordo inferior e de posterior para anterior, fazer a luxação em todos os elementos a serem retirados e executar as exodontias de anterior para posterior. Após a curetagem e as correções de tecidos moles e duros, proceder à hemostasia e à sutura de anterior para posterior [11].

Cirurgias pré-protéticas

Estas têm sido um dos atos operatórios mais exigidos pelas pessoas idosas, uma vez que muitas próteses utilizadas com dificuldade e desconforto poderiam ser mais bem-aceitas caso se fizessem modificações cirúrgicas nos sítios protéticos [21]. O objetivo principal é criar estruturas de suporte adequadas para posterior colocação de aparelhos protéticos reabilitadores [24].

O uso de próteses mal adaptadas é capaz de gerar uma hiper mobilidade do rebordo fibroso subjacente, mas, quando inevitáveis para promover melhor retenção e estabilidade da prótese, sugere-se correção cirúrgica, com uma excisão em cunha do tecido, sob anestesia local, e posterior instalação de próteses totais / parciais, de modo que o fechamento da ferida aconteça por um contato íntimo das bordas cruentas do tecido mole [8].

Em casos de necessidade de aumento, relativo ou absoluto, da altura do rebordo alveolar por meios cirúrgicos, as vestibuloplastias podem ser a opção terapêutica de escolha, haja vista que permitem a confecção de próteses com os bordos mais extensos, proporcionando maior retenção e estabilidade [1].

Tratando-se de tecido duro, mostram-se habituais as ocorrências de espículas ósseas, responsáveis por sensações dolorosas, ulcerações e inflamações na mucosa sobrejacente. As exostoses geralmente ocorrem na região vestibular posterior da maxila e apenas devem ser removidas em caso de incômodo ao paciente, visto que podem representar uma área retentiva adicional. Executa-se a remoção por intermédio de um retalho mucoperiosteal e uso de brocas esféricas ou ainda de goivas e limas para osso [24].

Para as protuberâncias ósseas conhecidas como tórus mandibular (na mandíbula) e palatino (no maxilar) de maneira geral não há necessidade de remoção cirúrgica, pois a maioria delas é assintomática, a não ser que a mucosa que as recobre seja fina e ulcere em razão do traumatismo secundário [25]. Indica-se a remoção cirúrgica de tórus quando estes interferem na estabilidade de uma prótese total ou parcial, quando sofrem ulcerações frequentes pela mastigação, dificultam a articulação das palavras ou quando o paciente sofre de cancerofobia [26].

Implantes osteointegrados

Nos últimos anos os implantes osteointegrados assumiram grande relevância entre a população geriátrica, uma vez que melhoram a estética e a função. As próteses implantossuportadas conseguem prevenir a perda de autoestima e combater o isolamento social, ambos causados pela ausência de dentes ou pela péssima composição visual deles, possibilitando ao indivíduo desfrutar o envelhecimento com boa qualidade de vida física, social e psicológica [35].

Muito embora a altura ou a largura insuficiente do osso alveolar a ser implantado seja um problema significativo para os idosos, tal condição pode ser causada por reabsorção do osso alveolar após infecção, extração, trauma, próteses mal adaptadas, que aceleram a reabsorção óssea, ou ser resultado de uma aplasia. Assim, os enxertos ósseos locais oferecem suporte viável para a correta inserção de implantes em casos de insuficiente volume ósseo [17].

Existem várias técnicas de enxertia com enxertos autógenos, xenógenos e aloenxertos. O enxerto do tipo autógeno apresenta melhores resultados para a reconstrução de rebordos maxilares e mandibulares, por possuir características idênticas às do osso perdido – propriedades osteogênicas, osteocondutivas e osteoindutivas –, o que minimiza a quantidade de resposta antigênica [34].

É possível coletar os enxertos ósseos da sínfise mandibular, do ramo mandibular, da tuberosidade, do tórus intrabucal, da calota craniana, da crista ilíaca e tibia [12].

Merecem destaque os comprometimentos sistêmicos maiores, como doenças renais e hepáticas graves, osteoporose, osteomalacia e radioterapia, alterações que levam à contraindicação médica do uso de implantes. Infecções crônicas, como doença periodontal, além de não comportarem momentaneamente o emprego de implantes, talvez impliquem dificuldades motoras ou de motivação do sujeito em relação à sua higiene bucal. Portanto, esse quesito precisa ser sempre avaliado com seriedade, pois é de alto risco na manutenção futura da integridade dos implantes. Apesar das contraindicações aos implantes, podem ser usados na grande maioria dos pacientes, independentemente da idade [11].

Meijer *et al.* [20], em investigação sobre a influência da idade da pessoa no sucesso de

overdentures inferiores retidas a implantes, evidenciaram que o desempenho clínico das overdentures foi bem-sucedido tanto nos jovens como nos idosos. Tal resultado leva à afirmação de que a idade não constitui razão de exclusão de pacientes a serem tratados com implantes bucais intraósseos.

Al Jabbari *et al.* [2] asseguram que o fato de ser idoso não representa uma contraindicação para a sobrevivência do implante por um longo tempo.

Discussão

O primeiro contato com o paciente idoso requer uma série de cuidados por parte do cirurgião-dentista; a este cabe fazer uma anamnese detalhada e, por vezes, multidisciplinar, envolvendo o médico sempre que necessário [8, 28]. Em uma ficha clínica ou prontuário o profissional anota questões pertinentes à saúde bucal e geral do paciente [10].

Para fechar o diagnóstico e orientar o planejamento cirúrgico do caso, é de suma importância a solicitação de exames complementares [15], sejam eles laboratoriais [36] ou por imagem [6, 7, 36], haja vista que em muitos casos a pessoa em idade avançada tem alguma patologia sistêmica assintomática que será evidenciada por exames adequados.

Ainda, um grande número de indivíduos da terceira idade possui doenças cardiovasculares. A avaliação dos sinais vitais é um item a ser considerado [5], muito embora na maioria dos prontuários odontológicos não conste tal dado.

O contato com o médico a fim de obter esclarecimentos e informações a respeito da condição sistêmica do paciente mostra-se imprescindível para guiar o plano de tratamento [11]. No entanto ainda existe uma barreira na comunicação entre profissionais da área da saúde, ou por falta de interesse do dentista em procurar aconselhamento do médico ou de empenho deste em colaborar com uma informação clara e objetiva sobre a condição de saúde sistêmica do paciente. Portanto, espera-se uma interação mais efetiva entre ambos com o intuito de otimizar o tratamento.

A literatura é clara a respeito da fragilidade dos sujeitos geriátricos quanto às condições decorrentes do transoperatório, em virtude das mudanças

sistêmicas fisiológicas, de complicações das mais diversas patologias apresentadas [8], de algumas alterações no processo de cicatrização e coagulação, de interações de remédio de uso contínuo com os anestésicos e medicações pré, trans e pós-operatória, além do risco elevado em relação às infecções. Dessa forma, o cirurgião-dentista tem a incumbência de prevenir mediante profilaxia antibiótica possíveis episódios de infecções, evitando complicações graves, como a endocardite bacteriana [37].

O entendimento da farmacocinética (estudo da absorção, distribuição, biotransformação e eliminação do fármaco) é indispensável para conhecer as alterações fisiológicas causadas pela medicação de uso contínuo, como antiagregantes plaquetários, de maneira especial o AAS, por promover uma quebra da cadeia hemostática normal [36]. Assim, em casos específicos, em que o médico não recomenda a suspensão desse tipo de remédio, os hemostáticos locais, como a esponja de gelatina reabsorvível, esponja de colágeno, celulose oxidada, bochecho com ácido tranexâmico e selante de fibrina, entre outros tantos, podem ser utilizados como recurso auxiliar diante da eficiência comprovada cientificamente [13].

Em relação à hipertensão arterial, autores divulgam opiniões divergentes no tocante à PA máxima, que contraindica qualquer procedimento cirúrgico. Enquanto Misch [22] não recomenda a intervenção cirúrgica sem a opinião médica em situações em que a PA esteja acima de 180 por 100 mmHg no momento pré-operatório, Little [18] tem uma opinião mais cautelosa, segundo a qual a PA acima de 140 por 90 mmHg pouco antes do procedimento cirúrgico já contraindica a cirurgia. Ante tal divergência seria interessante solicitar ao cardiologista que acompanha o paciente um parecer sobre as condições em que este se encontra, para indicar ou não o processo operatório.

Alterações endócrinas, como diabetes e hipertensão arterial, tornaram-se endemia mundial. O cirurgião-dentista precisa estar preparado para sugerir procedimento invasivo apenas quando o indivíduo estiver com a alteração sistêmica compensada, em níveis de glicose seguros. Essa conduta evita o risco de infecções e complicações vasculares, a confusão mental, a agitação, a convulsão e até mesmo a morte [22]. A American Diabetes Association [3] informa que se devem postergar os tratamentos planejados quando se

verifica mais de 250 mg-dl de glicose casual, o que implica buscar apoio médico imediato.

Osteopatias, como a osteoporose, por exemplo, estão relacionadas com a atuação odontológica no que diz respeito a intervenções cirúrgicas. De acordo com Renon *et al.* [26], procedimentos operatórios envolvendo tecido duro somente são seguros se o médico garantir a estabilidade do paciente. Para isso existem exames especializados com o propósito de constatar e mensurar a alteração óssea. O profissional também pode detectar condições que indiquem a ocorrência de osteoporose, passando a agir de maneira mais criteriosa, em benefício da saúde do seu paciente.

No que concerne à anestesia local em região intrabucal, o profissional deve dispor de uma técnica minuciosa, em virtude das transformações na mucosa oral e no tecido ósseo, oriundas do processo de envelhecimento [15]. Ademais, é necessário atentar para as recomendações da American Society of Anesthesiologists em relação ao risco cirúrgico, a fim de avaliar com cuidado o conjunto paciente-cirurgia-anestesia [30], de modo a prevenir a mortalidade secundária à anestesia e as condições clínicas pré-operatórias associadas.

Tratando-se de procedimentos cirúrgicos realizados em consultório odontológico no idoso (exodontias, cirurgia pré-protética e implantes osteointegrados), o objetivo maior dessas condutas assenta-se na reabilitação oral do paciente, em termos funcionais, estéticos e fonéticos. No entanto cuidados especiais precisam ser tomados, em virtude da maior probabilidade de ocorrência de anquilose óssea e maior friabilidade dos tecidos, em comparação aos jovens [16].

Em razão da condição sistêmica mais fragilizada da pessoa com idade avançada, ao cirurgião-dentista compete atuar de maneira a promover um benefício local, sem contribuir com algum prejuízo sistêmico. O desdobramento de exodontias múltiplas em mais de uma etapa [8] e a criteriosa indicação de remoção de um dente incluso na terceira idade [19] são condutas básicas que impedem, por exemplo, hemorragias desnecessárias. O correto planejamento do caso e a otimização das etapas cirúrgicas favorecem também a redução do tempo cirúrgico [8], fato que repercute no bem-estar do idoso nos momentos trans e pós-operatório.

As cirurgias pré-protéticas, como o próprio nome diz, são intervenções cirúrgicas que visam

à criação de estruturas de suporte adequadas para posterior colocação dos aparelhos protéticos [24]. Em algumas situações o reembasamento ou a confecção de uma nova prótese é tão eficaz quanto a cirurgia [8]. Diante de tal fato, o profissional deve proceder sempre do modo menos invasivo. Apenas nos casos em que não houve sucesso no tratamento planeja-se a intervenção cirúrgica, seja porque uma alteração óssea ou da mucosa de recobrimento local cause desconforto e dor ao indivíduo [24], seja porque esta prejudique a estabilidade da prótese [1, 26].

No atual cenário da reabilitação oral os implantes osteointegrados têm assumido grande importância entre a população geriátrica. Apesar de seus inúmeros benefícios estéticos e funcionais, que repercutem de forma positiva para elevar a autoestima do idoso [35], precisam ser corretamente indicados, uma vez que a constatação de doenças renais e hepáticas graves, de osteoporose, osteomalacia, radioterapia, entre outras, leva à contraindicação médica do uso de implantes [11]. Altura ou largura insuficiente do osso alveolar a ser implantado torna-se um inconveniente ao tratamento reabilitador. Mas existem procedimentos que revertem a condição por meio da utilização de enxertos ósseos locais [17], devolvendo as condições de suporte ideais para instalação do implante osteointegrado.

Nos tratamentos reabilitadores, não só com implantes, como também com próteses convencionais, mediante adequação cirúrgica do rebordo alveolar sempre que se fizer indispensável, têm de ser consideradas as normas médicas de saúde geral, para manter uma atenção regular sobre a integridade do paciente, visando sopesar as particularidades geriátricas que definem o sucesso do tratamento.

Conclusão

Com base nas informações obtidas por meio da presente revisão bibliográfica, concluiu-se que:

- a criteriosa análise das condições sistêmicas do idoso, por intermédio de anamnese detalhada, extensa e interdisciplinar, aliada aos exames complementares (laboratoriais e radiográficos), é responsável por nortear o planejamento reabilitador e auxilia na tomada de decisões;
- o risco cirúrgico em relação ao indivíduo na terceira idade precisa ser levado em conta, pois grande parcela da população nessa faixa etária apresenta distúrbios cardiovasculares, endócrinos

e osteopatias que, correlacionados ao uso contínuo de fármacos que interferem na fisiologia do paciente, podem contraindicar, em alguns casos, cirurgias orais para diversos fins;

- as principais condutas cirúrgicas na odontogeriatría são as exodontias, as cirurgias pré-protéticas e a instalação de implantes osteointegrados, todos com indicações pertinentes com vistas ao bem-estar físico e social da pessoa idosa.

Referências

1. Albuquerque B, Guimarães P, Sampaio N, Vale PH, Pestana P. Cirurgia para-protética. *Rev Port Estomat Med Dent Cirur Maxilofac.* 2007;48(4):229-35.
2. Al Jabbari Y, Nagy WW, Iacopino AM. Implant dentistry for geriatric patients: a review of literature. *Quintessence Int.* 2003;34(4):281-5.
3. American Diabetes Association. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 1997 Jul;20(7):1183-97.
4. American Health Association. Prevention of bacterial endocarditis. 2002 [cited 2010 Feb 15]. Available from: URL:<http://www.americanhealth.org>.
5. Andrade ED, Ranali J. Emergências médicas em odontologia. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2004. 164 p.
6. Arellano JCV. Tomografia computadorizada no diagnóstico e controle do tratamento das disfunções da articulação temporomandibular. *J Bras Oclusão ATM Dor Orofacial.* 2001;1(4):315-23.
7. Bontrager KL. Tratado de técnica radiológica e base anatômica. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2003. 805 p.
8. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p. 193-216.
9. Brunetti RF, Montenegro FLB, Manetta CE. Aspectos psicológicos de interesse no tratamento do paciente geriátrico. *Atual Geriatria.* 1998 May;3(16):16-22.

10. Campos ML, Mendonza C, Moura G, Melo RB. *Compêndio de Medicina Legal aplicada*. Recife: Edupe; 2000. p. 54-68.
11. Campostrini E. *Odontogeriatrics*. São Paulo: Revinter; 2004. p. 224-51.
12. Carvalho CB, Silva CM, Batista FC, Schneider LE, Krause RGS, Smidt R. Enxerto ósseo autógeno do mento como recurso em implantes osseointegrados: relato de caso clínico. *Stomatos*. 2003 Jul-Dec;9(17):43-8.
13. Dantas AK, Deboni MCZ, Piratininga JL. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2009;31(5):337-40.
14. Evans IL, Sayers MS, Gibbons AJ, Price G, Snooks H, Sugar AW. Can warfarin be continued during dental extraction? Results of a randomized controlled trial. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2002;40(3):248-52.
15. Feller C, Gorab R. *Atualização na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 469-87.
16. Howe GL. *The extraction of teeth*. São Paulo: Santos; 1993.
17. Kato Segundo T. Avaliação dos enxertos ósseos e homólogos utilizados em implantodontia. *RGO*. 2000 Oct-Dec;48(4):217-20.
18. Little JW. The impact on dentistry or recent advances in the management of hypertension. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000;90:591-9.
19. Medeiros PJ. *Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento*. São Paulo: Santos; 2003. 147 p.
20. Meijer HJA, Batenburg RHK, Raghoobar GM. Influence of patient age on the success rate of dental implants supporting an overdenture in an edentulous mandible: a 3-year prospective study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2001 Jul-Aug;16(4):522-6.
21. Mello HSA. *Odontogeriatrics*. São Paulo: Santos; 2004. p. 211-5.
22. Misch CE. *Implante odontológico contemporâneo*. São Paulo: Pancast; 1996.
23. Montenegro FLB. *Comunicação pessoal*. São Paulo: Artes Médicas; 2000.
24. Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 267-324.
25. Ponzoni D, Guarino JM, Perez AP, Souza RM, Paro RF. Remoção cirúrgica de toro palatino para confecção de prótese total convencional: indicações de diferentes incisões. *Rev Fac Odontol UPF*. 2008 May-Aug;13(2):66-70.
26. Renon M, Isolan TMP, Zambrano CMP, Campos C, Dalmagro Filho L. Toro palatino e mandibular: um estudo morfológico em pacientes e cabeças ósseas. *RGO*. 1994 May-Jun;42(3):176-8.
27. Riella MC. *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.730-56.
28. Romano E. Sinais de alerta. *J Cresp*. 2000 Dec;94(1):3-5.
29. Rosa LB, Zuccolotto MCC, Bataglioni C, Coronati EAS. *Odontogeriatrics: a saúde bucal na terceira idade*. *Rev Fac Odontol UPF*. 2008 May-Aug;13(2):82-6.
30. Saklad M. Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology*. 1941;2(3):281-4.
31. Santiago JL, Marcucci M, Avolio G. Osteoporose e Odontologia. *Rev Reg Araçatuba Assoc Paul Cir Dent*. 2006 Apr-Jun;12:4-5.
32. Scully C, Wolff A. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2002;94(1):57-64.
33. Silveira Neto N, Luft LR, Trentin MS, Silva SO. Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *Rev Bras de Ciên do Envelh Hum*. 2007 Jan-Jun;4(1):48-56.

34. Toledo Filho JL, Marzola C, Sanchez MPR. Os enxertos ósseos e de biomateriais e os implantes osseointegrados. *Rev Bras Cir Implant.* 2001;8(30):126-43.
35. Vasconcelos LW, Górios CS, Capuano Neto F, Paleckis LP, Petrilli G, Francishone CE. Osseointegração em idosos: acompanhamento de oito anos no Branemark Osseointegration Center (SP). *Implant News.* 2004 Sep-Oct;1(5):401-6.
36. Vendola MCC, Roque Neto AR. Bases clínicas em odontogeriatría. São Paulo: Santos; 2009. 442 p.
37. Wahl MJ, Pallasch TJ. Dentistry and endocarditis. *Curr Infect Dis Rep.* 2005;7(4):251-6.
38. Ward-Booth P. Oral surgery for the elderly. *Am J Surg.* 1997 Apr;170(4):370-84.
39. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association. *J Am Dent Assoc.* 2007;138(6):739-60.
40. Zimmermann RD, Nascimento Filho DH, Tavares GC, Mendes JF, Melo Neto JP, Pugliesi K et al. A importância do prontuário odontológico. *Rev Cons Reg Odontol Pernamb.* 1998 Apr;1(1):7-12.