

SAÚDE ODONTO-ESTOMATOLÓGICA EM PACIENTES PORTADORES DE VALVOPATIA. UMA PREOCUPAÇÃO TAMBÉM DO CARDIOLOGISTA

ALFREDO JOSÉ MANSUR, RICARDO SIMÕES NEVES, MAX GRINBERG, WALKIRIA SAMUEL ÁVILA, FRANCISCO RAFAEL MARTINS LAURINDO, FÚLVIO PILEGGI

Cem pacientes portadores de valvopatia foram submetidos a exame odonto-estomatológico. A idade variou entre 11 e 68 anos (média 39) e 83% dos casos eram do sexo feminino.

Os diagnósticos cardiológicos corresponderam à lesão mitral em 39 casos, aórtica em 23, prolapso de valva mitral em 7, mitral e aórtica em 5, pulmonar em 1, prótese valvar cardíaca em 25.

Dos 83 pacientes dentados, cáries sem lesão pulpar ocorreram em 59 (60%) casos, cáries com lesão pulpar em 20 (24%), lesões periapicais em 20 (24%), doença periodontal em 51 (61,7%), próteses mal adaptadas em 25 (67%) e saúde odonto-estomatológica satisfatória em 7 (8%). Dezenove (22%) pacientes haviam sido submetidos a manipulação prévia sem profilaxia antibiótica, 22 (26%) não se submetiam a exame odonto-estomatológico há mais de três anos. A média de dentes por pacientes foi 20.

Dos 17 pacientes desdentados, 14 (82%) usavam próteses mal adaptadas e somente 3 (18%) encontravam-se com saúde odonto-estomatológica satisfatória.

Os autores sugerem que: cardiologistas dediquem atenção à saúde odonto-estomatológica dos pacientes sob maior risco de desenvolver endocardite infecciosa; mantenham contactos com o dentista responsável pelo paciente. Além disso, aconselham que candidatos à cirurgia valvar recebam o necessário tratamento odontológico prévio à operação e que hospitais de cardiologia incluam o odontólogo em sua equipe de saúde.

A manutenção da saúde odonto-estomatológica afigura-se como fator relevante da prevenção da endocardite infecciosa (EI), particularmente nos pacientes portadores de cardiopatia sob maior risco dessa infecção, entre eles os valvopatas^{1,2}.

A relação entre infecção dentária e EI data do início do século³, destacando-se o estudo de Thayer que observou sua ocorrência em 54 (64,3%) de 84 1 casos de EI⁴.

Além disso, alguns tratamentos odontológicos produzem, com frequência, bacteriemias por **streptococcus viridans**⁵, o agente etiológico mais freqüente da EI⁶. Nesse particular, em nossa experiência, observamos história de manipulação prévia (principalmente dentária) passível de induzir bacteriemia em 13/41 (31,7%) casos de endocardite por streptococcus viridans⁷.

Realizamos o presente estudo para verificar a condição odonto-estomatológica em pacientes por-

tadores de valvopatias atendidos no ambulatório do INCOR.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados 100 casos de portadores de valvopatia, sem queixa odonto-estomatológica, acompanhados no ambulatório do INCOR de fevereiro a dezembro de 1982. A idade variou entre 11 e 68 (média de 39) anos, sendo 83 (83%) do sexo feminino. Os diagnósticos cardiológicos encontram-se na tabela I.

O exame odonto-estomatológico consistiu em exame clínico com espelho e explorador, bem como exame radiográfico naqueles portadores de cáries profundas, raízes residuais e/ou doença periodontal.

RESULTADOS

Encontram-se na tabela II.

Trabalho realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas (INCOR) da FMUSP.

TABELA I - Número de pacientes conforme o diagnóstico cardiológico

Diagnóstico	N.º casos
Valvopatia mitral	39
Valvopatia aórtica	23
Valvopatia mitral e aórtica	5
Prolapso da valva mitral	7
Valvopatia pulmonar	1
Prótese valvar cardíaca	25
Total	100

TABELA II - Número de casos conforme o diagnóstico odonto-estomatológico em 100 portadores de valvopatia.

	N.º casos %	
Pacientes dentados	83	83
Cáries sem lesão pulpar	50/83	60
Cárie com lesão pulpar	20/83	24
Lesões periapicais	20/83	24
Doença periodontal	51/83	61
Próteses mal adaptadas	25/37	67
Saúde odonto-estomatológica satisfatória	7/83	8
Manipulação dentária prévia sem profilaxia antibiótica	Mg/83	22
Ausência de exame odontológico há mais de três anos	22/83	26
Média de dentes por paciente	20	
Pacientes desdentados	17	17
Próteses mal adaptadas	14/17	82
Saúde odonto-estomatológica satisfatória	3/17	18

COMENTÁRIOS

A ocorrência de bacteriemia, observada numa série de procedimentos médico-cirúrgicos e odontológicos⁵, é fator precipitante do desenvolvimento de EI. Em relação ao tratamento odontológico, sua frequência é variável, sendo descritas porcentagens entre 30 e 84,9% de hemoculturas positivas durante extração dentárias⁵. Nessa situação, isolam-se estreptococos na maioria dos casos, embora difteroides, estafilococos e outros germes possam ser encontrados. Outros procedimentos como gengivectomia e manipulações periodontais também podem provocar bacteriemia⁵.

Por outro lado, atitudes banais podem acarretar bacteriemias com o mesmo espectro etiológico, como por exemplo mastigar caramelos duros, escovar dentes e mascar gomas de bolas.

Assim, a manutenção da saúde odonto-estomatológica é fundamental para minimizar a ocorrência dessas bacteriemias, sendo mesmo surpreendente nesse contexto que casos de EI não sejam mais comuns, em indivíduos com má conservação dos dentes. Provavelmente tal raridade decorre da pequena magnitude e duração (menos do que 30 minutos) da bacteriemia⁸.

Nossos resultados revelam a má condição odonto-estomatológica da maioria de nossos pacientes, muitos desdentados (17%) para uma faixa etária jovem (média 39 anos). Os pacientes portadores de dentes tinham, em média, pouco mais da metade (20) do número normal. A

frequência de visita a dentista, nos últimos três anos, foi igualmente baixa (26% naqueles com dentes e 0% nos desdentados).

O porcentual de pacientes em boas condições odonto-estomatológicas esteve muito aquém do satisfatório (10%), inferior aos 7/11 (63,6%) pacientes em boas condições relatados por Thom e Howel¹⁹, entre aqueles que se submetiam a consultas odontológicas periódicas. Entretanto, naqueles que não o faziam, os resultados assemelham-se aos nossos: tão-somente 7/39 (17,9%) desfrutavam de boas condições odonto-estomatológicas. Nove anos mais tarde, Holbrook e col.¹⁰ observaram condições odontológicas adequadas em 17/42 (40,5%) pacientes com dentes naturais.

Cáries dentárias ocorreram na maioria de nossos pacientes (84%), observando-se comprometimento pulpar em 24%, além de lesões peri-apicais (24%), doença periodontal (61%) e próteses mal adaptadas (67% nos dentados e 82% nos desdentados).

Thom e Howel⁹, em 1972, e Holbrook e col.¹⁰, em 1981, obtiveram dados globais equivalentes aos nossos, refletindo má condição odonto-estomatológica nos pacientes estudados. Os primeiros mostravam ainda que o grupo de pacientes que era submetido a exames odontológicos periódicos regulares desfrutavam de melhores condições odonto-estomatológicas.

Numa certa época, cogitou-se que os pacientes desprovidos de dentes estariam sob menor risco de desenvolver EI¹¹, tendo sido sugerida a remoção total dos dentes em pacientes que tivessem apresentado um episódio de EI por streptococcus viridans. Posteriormente, foram relatados casos de EI em pacientes desdentados¹², chegando a 10% da casuística de Croxson e col.¹³, além de sua ocorrência em neonatos¹⁴. Além disso, o uso de próteses dentárias pode acarretar ulcerações, infecção secundária e bacteriemia¹².

Dos 17 pacientes completamente desdentados de nossa casuística, 14 eram portadores de próteses mal adaptadas e somente 3 (18%) apresentavam-se em condições satisfatórias, índice inferior ao referido por Thom e Howe⁹, que observaram boas condições em 7/11 (63%) pacientes em controle odontológico regular; Holbrook e col.¹⁰ obtiveram dados equivalentes.

Nossos resultados somam-se aos da literatura reiterando a opinião da ausência do benefício da remoção total dos dentes para manutenção da saúde dentária adequada, ficando as indicações nesse sentido restritas aos aspectos odontológicos¹³.

Em nossa casuística, 19 (22%) pacientes relatavam manipulação odontológica prévia sem profilaxia antibiótica. Nesse particular Thom e Howe⁹ observaram 31/50 (62%) em condições semelhantes e somente 12 (24%) lembravam-se da orientação médica para profilaxia. Holbrook e col.¹⁰ constataram que apenas 9/42 (21,4%) tinham conhecimento da necessidade da manutenção de boa saúde odonto-estomatológica.

Croxson e Col.¹³ observaram que quase um quarto dos 75 pacientes que haviam sofrido EI por streptococcus viridans não tinha conhecimento da recomendação de antibioticoterapia profilática antes da manipulação dentária.

É curioso compararmos esses dados às observações feitas por Durack¹⁵, que interrogou por carta 117 dentistas, obtendo 71 respostas; 69/71 (97%) acreditavam que a antibioticoterapia profilática era de valor comprovado, mas somente 34/71 (48%) incluíram rotineiramente em seu interrogatório o estado cardiovascular do paciente, 65/71 (91%) utilizavam-se de antibióticos, introduzidos muito precocemente (24 a 48h antes) em 48/71 (68%) e por período prolongado (mais de 4 dias) em 52/71 (74%). Quase a metade dos dentistas confessou esperar do médico assistente a informação sobre o risco dos pacientes, inclusive com respeito ao conhecimento dos casos de alergia.

A má saúde bucal observada em nossa casuística determinou uma conduta de rotina como parte do preparo dos pacientes candidatos à cirurgia valvar no INCOR, fazendo com que, antes da internação para o ato cirúrgico, sejam submetidos a cuidadosa avaliação odonto-estomatológica e correção das alterações a curto prazo.

Baseados em nossos resultados sugerimos que: a) cardiologistas fiquem atentos à saúde odonto-estomatológica dos pacientes sob risco de desenvolver EI, recomendando visitas periódicas ao dentista; b) mantenham contacto com o dentista responsável pelo paciente no sentido de esclarecer e reforçar esse elo; c) candidatos à cirurgia valvar (principalmente implante de prótese) recebam avaliação odonto-estomatológica e o tratamento porventura necessário previamente à operação; d) hospitais de cardiologia possam contar na sua equipe de saúde com odontólogos; e) os odontólogos incluam rotineiramente no seu interrogatório perguntas no sentido de identificar aqueles sob risco de desenvolver EI.

SUMMARY

One hundred patients with valvular heart disease were submitted to dental examination. The ages varied between 11 and 68 years (mean 39 yrs) and 83% were female.

Valvular heart disease involved the mitral valve in 39 patients, the aortic valve in 23, the mitral and aortic valves in five, and the pulmonic valve in one. Seven had mitral valve prolapse and 25 patients had cardiac valve prostheses.

Eighty-three patients had teeth. In mitral cavities occurred in 50 (60%) cases, cavities with pulp involvement in 20 (24%), periodontal disease occurred in 51 (61%) and ill fitting dentures were observed in 25 (67%) cases. Seven

(8%) patients had no dental disease. Nineteen (22%) patients had been submitted to previous dental treatment without prophylactic antibiotics, while 22 (26%) patients had not been seen by a dentist in the past three years.

Seventeen patients wore false teeth: 14 (82%) had ill fitting dentures and three (18%) had no dental disease.

The results indicate the importance of: 1) maintenance of good dental hygiene; 2) close collaboration between cardiologist and the dentist in the case of the patient; 3) prior dental treatment when cardiac surgery is planned; and 4) dental treatment as an integral part of cardiological care.

REFERÊNCIAS

1. Prevention of bacterial endocarditis. American Heart Association Committee Report. *Circulation*, 56: 139A, 1977.
2. Grinberg, M. - Endocardite infecciosa. Uma cardiopatia de interesse odontológico. *Rev. Ass. Paul.- Cirurg. Dent.* 37: 294, 1983.
3. Grinberg, M.; Décourt, L. V. - Aspectos básicos da profilaxia da endocardite infecciosa. *Ars. Curandi Cardiol.* 3: 12 1980.
4. Mansur, A. J.; Yamano, J. S.; Grinberg, M. - Endocardite infecciosa - aspectos terapêuticos- *Arq. Med. ABC* 4: 30, 1981.
5. Everett, E D; Hirschamann, J V. - Transient bacteremia and endocarditis prophylaxis: a review. *Medicine*, 56: 61, 1977.
6. Grinberg, M.; Mansur, A. J.; Lunardi, W.; Stolf, N A G.; Verginelli, G.; Décourt L. V.; Pileggi, F. - Experiência em 193 episódios da endocardite infecciosa. *Arq. Bras. Cardiol.* 41 (supl. 1) 147 1983.
7. Mansur, A. J.; Grinberg, M. Lunardi, W.; Macruz, R; Pileggi F.; Décourt, L. V. - Manifestação atual da endocardite por streptococcus viridans. - Experiência do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas. *Arq. Bras. Cardiol.* 39 (Supl1): 75, 1982.
8. Petersdorf R. G. - Antimicrobial prophylaxis of bacterial endocarditis. - Prudent caution or bacterial overkill. *Am. J. Med.* 65: 220 1978.
9. Thom, A. R; Howe, G. L. - The dental status of cardiac patients. *Br. Heart J.* 34: 1302. 1972
10. Holbrook, W P; Willey, R. P.; Shaw, T. R. D. - Dental health in patients susceptible to infective endocarditis. *Br. Med. J.* 283: 37M, 1981.
11. Hobson, F. G.; Jensen B. E. - Teeth, Streptococcus viridans and subacute bacterial endocarditis. *Br. Med. J.* 11: 1501, 1956.
12. Massaro D.; Katz S. - Sub-acute bacterial endocarditis due to Streptococcus viridans in an edentulous man. *N. Engl. J. Med.* 263: 911, 1960.
13. Croxson M. S.; Altmann, M. M.; O'Brien, K. P. - Dental status and recurrence of streptococcus viridans endocarditis *Lancet*, 1: 1205, 1971.
14. Oelberg D. G.; Fisher, D. J.; Gross, D. M. Denson, S. E; Adcock III E. W. -Endocarditis in high risk neonates. *Pediatrics*, 71: 392, 1983.
15. Durack D. T. - Current practice in prevention of bacterial endocarditis. *Br. Heart J.* 37: 478, 1975.