

Extração dentária: a importância do diagnóstico para um correto tratamento

A remoção de um dente deve ser feita com muita cautela e prévia análise do cirurgião-dentista, uma vez que cada caso demanda um procedimento específico. Acompanhe a seguir as principais orientações sobre o tema, inclusive em quadros com infecção

Qual a importância de um diagnóstico preciso na tomada de decisão sobre extração dentária?

A extração de um dente pode acontecer basicamente em duas situações: de uma necessidade imposta por uma complicação considerada como sem solução clínica, isto é, não há mais possibilidade para recuperá-lo, como, por exemplo, em casos de cárie, problemas periodontais e endodônticos, patologias severas relacionadas ao dente, fraturas avaliadas como irreparáveis, iatrogenias^{3,4,6,7,8}, ou quando faz parte de um plano de tratamento mais abrangente.

Para esclarecer a importância do diagnóstico, é fundamental levar em consideração o prognóstico para a tomada de decisões, que pode ser definido como uma predição do curso e consequências de uma doença existente, baseado em dados empíricos e na probabilidade de recuperação. É um processo dinâmico que deve ser reavaliado periodicamente de acordo com o progresso da terapêutica, sendo crítico nos casos em que há muitas modalidades de tratamento como opção^{1,3,4}.

Partir de um correto diagnóstico é um bom começo para a elaboração do plano de tratamento adequado, que deve levar em consideração o prognóstico do caso. Diagnósticos imprecisos impactam nos passos seguintes (plano de tratamento e prognóstico), levando a uma tomada de decisão equivocada, pois a indicação, a oportunidade e a viabilidade já estariam comprometidas.



A extração dentária é um procedimento irreversível e, por isso, sua decisão deve considerar aspectos como, por exemplo, quantidade do remanescente dental, possibilidade de reabilitação do dente, idade e riscos relativos ao procedimento, respeitando as necessidades do paciente^{3,4}.

Podem ser realizadas as exodontias de dentes associados à infecção aguda ativa?

Com base nesta revisão da literatura, a recomendação é para extrair dentes infectados assim que seguramente possível, dependendo da condição médica geral do paciente.

A polêmica entre extrair o dente sob uma infecção aguda ou aguardar sua cronificação persistiu durante várias décadas^{4,6,7,8}, mas ao analisar as evidências em ambos os lados desta questão, entende-se o motivo dessa dúvida que ressurgiu de tempos em tempos entre profissionais da área de saúde não familiarizados com a literatura de cirurgia oral e maxilofacial. Os primeiros artigos (antes da era do antibiótico) considera-

vam a extração imediata (no momento do diagnóstico inicial de uma infecção aguda associada) perigosa, mas apresentavam um nível baixo de evidências, ou seja, a opinião de especialistas é dada com base na experiência pessoal. Artigos posteriores começaram a sugerir que a extração precoce não levava a uma infecção grave ou a sua disseminação. Apenas o artigo de Hall et al, em 1968 apud Johri 2011¹¹, forneceu forte evidência, um estudo prospectivo randomizado controlado, relatando que a demora na extração levou a infecção mais grave, o que exigiu uma cirurgia mais extensa.

Quanto mais tempo um dente necrosado permanece, mais provável que um espaço fascial se infecte, com maior morbidade e possível mortalidade. Extração precoce, juntamente com a incisão e drenagem, e antibioticoterapia adequada aceleram a recuperação. Relatos de grave propagação da infecção, após a extração do dente, são raros, e uma relação causal entre a extração e a propagação da infecção ainda não foi estabelecida. Portanto, a crença de que a extração de dentes infectados pode

causar infecção com risco de vida é sem fundamento^{6,7,8,11}.

Na prática odontológica e, em especial, nas que envolvem procedimentos cirúrgicos, medidas que garantam a assepsia devem ser adotadas, como a antisepsia, desinfecção e esterilização, que associadas a utilização sistemática de barreiras de proteção impeçam a penetração de microrganismos em locais que não os contenham. Pode-se observar que quando esses cuidados são tomados e associados ao planejamento adequado, técnicas cirúrgicas e cuidados pós-operatórios, acidentes e complicações são reduzidos drasticamente⁷.

A perda de um dente afeta a qualidade de vida do paciente?

Embora o Brasil tenha alcançado o patamar de um país com baixo índice de cárie e tenha reduzido o edentulismo nas faixas etárias abaixo dos 64 anos, segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁰, o número de edêntulos na terceira idade permaneceu praticamente o mesmo quando comparado aos resultados do estudo anterior, feito em 2003⁹, como parte de três grandes levantamentos nacionais (1986, 1996 e 2003) de ampla relevância, que serviram para a construção de uma base de dados consistente relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. A perda dental, presumivelmente, causa prejuízo funcional no que diz respeito à mastigação e fonação, dependendo da localização do dente perdido. Quando ela ocorre na região anterior, além do problema fonético, surge o estético, o que pode, finalmente, afetar a percepção da qualidade de vida desse indivíduo. Existem fortes indícios de que a perda do dente é, em geral, vista de forma negativa^{2,5}.

A utilização do índice QVRSB (Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal) tem aumentado significativamente ao longo dos últimos 15 anos, pois a incorporação das avaliações subjetiva e

objetiva tem melhorado a compreensão dos efeitos das patologias bucais e perdas dos dentes sobre esses indivíduos (Locker D, 1996 apud Gerritsen AE, 2010). Sabe-se que o impacto de uma doença sobre a qualidade de vida tem caráter individual e é altamente variável, assim como o de uma intervenção odontológica. Um exemplo é o uso de implantes dentários para reter próteses em pacientes desdentados. Se eles estiverem satisfeitos com suas próteses totais dificilmente serão seduzidos por “vantagens adicionais significativas” de intervenções de alto custo, como, overdentures ou próteses protocolos sobre implantes (Allen PF, 2006 apud Gerritsen AE, 2010).

Embora a avaliação QVRSB feita por questionários validados seja comum hoje em dia, uma recente revisão sistemática da literatura resultou apenas em informações esparsas obtidas a partir dos resultados de tratamentos reconstrutivos para pacientes parcialmente edentados (Thomason JM, 2007 apud Gerritsen AE, 2010).

Além de usar medidas QVRSB para avaliar os resultados de um tratamento, em primeiro lugar, é importante saber até que ponto a perda de um dente realmente afeta essa percepção individual, informação que contribuirá para o desenvolvimento do processo de tomada de decisão clínica em saúde pública e para prestar cuidados de saúde bucal adequados.

A perda dentária, normalmente, não é vista de forma positiva, além de causar problemas funcionais e impactar no índice de qualidade de vida. Também não é mais tão aceitável como nas gerações anteriores^{2,5}, e isso pode influenciar a demanda futura por formas de tratamento reabilitadoras (Cronin M, 2009 apud Gerritsen AE, 2010).

O estado dental (neste caso, desdentado) não necessariamente tem correlação direta com uma satisfação positiva, presumivelmente esperada,

após um tratamento reabilitador bem sucedido tecnicamente. Neste cenário, um provedor de serviços de saúde prefere direcionar recursos para os pacientes que não estão satisfeitos com suas ausências dentárias, reportando uma precariedade em seu estado de saúde. Isto é particularmente relevante em duas situações: quando a cura não é o objetivo do tratamento e quando o propósito dele é somente a redução da morbidade associada à doença crônica.

Pode-se presumir que exista uma interdependência entre os resultados de um índice QVRSB e fatores como a localização, a distribuição de dentes perdidos e os culturais. Porém, ainda não é possível fazer essa afirmação baseada em evidências na literatura científica, pois nada de concreto foi encontrado. Os dados obtidos por esses trabalhos se mostraram inconsistentes por falta de uma padronização relacionada às amostras. É fato que a crescente população de idosos no país elevará a taxa de incidência de doenças orais e crônicas relacionadas à idade e esta questão deve receber uma atenção urgente dos formuladores de políticas de saúde para idosos.

Reabilitar um dente ou extraí-lo: como fazer sua escolha?

Antes de decidir pela exodontia, o cirurgião-dentista deve considerar uma reparação, seja por meio de prótese convencional, implante ou ortodontia, exceto quando se tratar de um terceiro molar. Por outro lado, verificada a possibilidade de se restaurar um dente, o primeiro passo é avaliar a oportunidade e, em seguida, a viabilidade da realização do tratamento tendo em vista o seu prognóstico.

A opinião do paciente e a do especialista, fundamentada nas evidências científicas da melhor qualidade, disponível até o momento, é a base para qualquer conduta na área de saúde. A exodontia é um procedimento cirúrgico

co irreversível e envolve riscos e consequências que devem ser criteriosamente pesados e compartilhados com o paciente, principalmente nas situações em que não fica clara a sua indicação⁴, ou seja, quando riscos e benefícios se equilibram. Sendo assim, critérios bem estabelecidos que levam em conta todos esses aspectos são uma ferramenta de extrema utilidade na tomada de decisão, o que não quer dizer que 100% dos casos serão facilmente decididos seguindo esses parâmetros.

É preciso levar em conta os aspectos periodontais, endodônticos e restauradores, que sempre devem estar relacionados ao seu prognóstico, ou seja, à complexidade do plano de tratamento, a chances de sucesso e à disposição do paciente em se submeter a essa conduta de forma consciente e informada. Dessa forma, o dente pode ser classificado como bom ou questionável, mas tratável, ou irrefutavelmente condenado.

Após a extração de um dente, o osso que o circunda sofre alterações significativas, uma vez que ele existe em função do dente. De um modo geral, a maioria da perda óssea ocorre no primeiro ano pós-exodontia, principalmente nos primeiros meses. Essa perda pode durar cerca de 25 anos. Estudos mostram que a maxila perde, em média, 25% menos osso que a mandíbula no mesmo período (sete anos)¹².

A manutenção dos dentes e a aceitação de riscos são adequadas quando: o dente não está extensivamente comprometido; tem um alto valor estratégico, particularmente em pacientes com contraindicações de implantes; está localizado num arco intacto e a preservação de estruturas gengivais é primordial.

O recente sucesso dos implantes dentários resultou em mudanças substanciais nas formas de tratamento restaurador⁴, alterando os critérios antes estabelecidos para

decidir uma extração dentária. É perceptível que implantes são mais frequentemente “indicados” para substituir dentes com prognóstico duvidoso (Bader HI, 2002; Dawson AS, 2006; John V, 2007; Torabinejad M, 2006 apud Zitzman NU, 2010)⁴. Atualmente, a aceitação por substituir dentes por próteses removíveis convencionais (parcial ou total) diminuiu¹³. Além disso, a capacidade de um paciente se adaptar à utilização de qualquer tipo de próteses totais também é incerta.

Quando reabilitações completas são planejadas, o uso estratégico de implantes dentários e unidades menores (próteses dentárias fixas não extensas) em dente ou implanto-suportada, assim como pilares de dentes naturais com bom prognóstico à PPFs extensas, é recomendado para minimizar o risco de falha em toda a restauração.

“É provável que haja uma maior demanda de pacientes para o tratamento destinado a preservar os dentes.”

A eficácia das ações preventivas exigirá novas pesquisas, sendo necessária uma análise mais aprofundada das estratégias econômicas de substituição dos dentes⁵.

Para situações complexas, portanto, o que fundamenta a prática odontológica é a experiência do profissional e os desejos do paciente. Mesmo as evidências vindas da literatura científica e os estudos clínicos controlados randomizados, que consideram todos os fatores que poderiam influenciar na decisão entre extrair ou tratar um dente, não são factíveis de desenhar e conduzir⁴. Logo, o nível de recomendação nesta situação é baixo.

Referências Bibliográficas:

1) Halperin-Sternfeld M, Levin L. Do we really know how to evaluate tooth prognosis? A

systematic review and suggested approach. *Quintessence Int.* 2013;44(5):447-56. 2) Russell SL, Gordon S, Lukacs JR, Kaste LM. Sex/Gender differences in tooth loss and edentulism: historical perspectives, biological factors, and sociologic reasons. *Dent Clin North Am.* 2013;57(2):317-37. 3) Anson D. The changing treatment planning paradigm: save the tooth or place an implant. *Compend Contin Educ Dent.* 2009;30(8):506-8, 510-2, 514-7; quiz 518, 520. 4) Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, Walter C, Waltimo T, Weiger R. Strategic considerations in treatment planning: deciding when to treat, extract, or replace a questionable tooth. *J Prosthet Dent.* 2010;104(2):80-91. 5) Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:126. 6) Gregori C, Campos AC. *Cirurgia buco-dento-alveolar.* 2ª ed. Rev. e ampl. São Paulo: Sarvier, 2004. ISBN 85-7378-145-9. 7) Silveira JOL, Beltrão GC. *Exodontias.* 1ª ed. Porto Alegre: Médica Missau, 1998. 8) Peterson LJ. *Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. ISBN 85-352-1539-5. 9) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. ISBN 85-334-0790-4 (http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf). 10) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. ISBN 978-85-334-1987-2 (http://bvs.ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf). 11) Hall HD, Gunter Jr JW, Jamison HC, McCallum Jr CA. Effect of time of extraction on resolution of odontogenic cellulitis. *JADA* 1968;7(3):626-631. doi:10.14219/jada.archive.1968.0268. 12) Kongsmill VJ. Post-extraction remodeling of the adult mandible. *Crit Rev Oral Biol Med.* 1999;10 (3):384-404. DOI 10.1177/10454411990100030801 (<http://www.cro.sagepub.com/content/10/3/384>). 13) Cronin M, Meaney S, Jepson NJ, Allen PF. A qualitative study of trends in patient preferences for the management of the partially dentate state. *Gerodontology* 2009, 26:137-142

Doutores Emerson Nakao, Leandro Stocco Baccarin e Rodolfo Francisco Haltenhoff Melani. ■