



## Bem-vindo Revista Periodontia Junho-2001

### AValiação CLÍNICA DA OCORRÊNCIA DA DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTES COM ENDOCARDITE INFECCIOSA \*\*

#### Sinopse

Cristina Cunha VILLAR\*Roberto Lyra de BRITO  
(BRITO,R.L)\*

Severino Celestino da SILVA (SILVA, S.C)\*

#### Abstract

---

### SINOPSE

Este trabalho apresenta uma pesquisa realizada em cem pacientes portadores de endocardite infecciosa, de ambos os sexos, com a idade entre 27 a 65 anos, examinados no Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba e em quatro clínicas particulares na grande João Pessoa - PB, e teve o objetivo de determinar a ocorrência clínica da doença periodontal nos referidos pacientes. A análise estatística demonstrou que a ocorrência clínica da doença periodontal em pacientes com endocardite infecciosa foi considerada elevada na amostra examinada - 76% (Grupo 1) e 24% (Grupo 2), e que a deficiência de higiene bucal se constituiu num fator relevante na etiologia da endocardite, uma vez que a maioria dos pacientes acometidos por esta doença tinha higiene bucal ruim.

## UNITERMOS

Fator sistêmico na doença periodontal, Doença periodontal e endocardite infecciosa, Prevenção da endocardite infecciosa.

## INTRODUÇÃO

Os fatores etiológicos da doença periodontal são classificados em fatores locais, na qual a placa bacteriana é fator determinante, e fatores sistêmicos, representados pela condição geral do paciente. As bactérias, por conseguinte, são os principais agentes causadores de gengivite e das várias formas de periodontite. Nesta, é sempre encontrado grandes números de bactérias, tais como: **Porphyromonas gingivalis**, **Bacteróides intermedius**, **Wollinella recta**, **Bacteróides forsythus**, **Eikenella corrodens**, **Fusobacterium nucleatum**, **Capnocytophaga**, os actinobacilos e as espiroquetas. Os patógenos **P. gingivalis** e os **Actinobacillus actinomycetemcomitans** não são parte significativa da microbiota normal, aparecendo o segundo como patógeno primário da periodontite juvenil localizada <sup>2, 6</sup>. Atualmente, maiores atenções têm sido voltadas para a invasão de microrganismos bucais para outros locais do corpo humano, onde poderão produzir patologias tais como: endocardite infecciosa, pneumonia, lesões hepáticas e renais, osteomielite, meningite, dentre outras.

A endocardite infecciosa é uma doença cardíaca grave resultante da colonização de bactérias, fungos e vírus nas válvulas cardíacas previamente comprometidas<sup>3, 4, 10</sup>. Os tratamentos dentários, os procedimentos cirúrgicos ou a instrumentação envolvendo superfícies mucosas ou tecidos contaminados, em pacientes susceptíveis, podem causar endocardite infecciosa. Os agentes infecciosos da endocardite, circulando pelo sangue e encontrando condições favoráveis de colonização ao nível das lesões do endocárdio, levam a deposição de fibrina e plaquetas em torno da infecção, produzindo uma vegetação<sup>7</sup>. Estudos têm confirmado uma maior e freqüente bacteriemia em pacientes com doença periodontal do que naqueles sem esta doença<sup>8, 9</sup>.

A *American Heart Association* estabeleceu uma quimioprofilaxia para a endocardite infecciosa que consta na administração de 2 g (quatro cápsulas de 500 mg para o adulto e suspensão de 250 mg / 5 ml para crianças) de amoxicilina, via oral, em dosagem única, 1 hora antes do procedimento odontológico. Em pacientes impossibilitados de receberem medicação oral, indica-se 2 g de ampicilina, via parenteral, 30 minutos antes da intervenção.

Nos casos de pacientes alérgicos a penicilina, utiliza-se 2 g de cefalexina, via oral, 1 hora antes do procedimento, devendo ser evitado o seu uso em pacientes com reações de hipersensibilidade imediata (angioedema, urticária e anafilaxia). Nestes casos, por via oral, indica-se a clindamicina ou a cefazolina, em cápsulas de 150 e 300 mg, 1 hora antes do ato operatório; por via endovenosa ou intramuscular, também a clindamicina ou a cefazolina, em ampola de 150 a 600 mg, poderão ser prescritos 30 minutos antes do ato operatório<sup>4</sup>.

Neste trabalho nos propomos realizar uma avaliação clínica da ocorrência da doença periodontal em pacientes com endocardite infecciosa.

## METODOLOGIA

De um universo de trezentos e vinte e um pacientes com endocardite infecciosa, foram selecionados cem pacientes que apresentavam acometimento sistêmico do **risco moderado** ( portadores de canal arterial patente, defeito do septo ventricular, defeito primário do septo arterial, coarctação aorta, válvula aórtica bicúspide, disfunção valvular adquirida e prolapso de válvula mitral) e de **risco insignificante**, como àqueles que apresentavam condições cardíacas nas quais o desenvolvimento da endocardite não era mais alto que na população em geral, embora a endocardite possa desenvolver-se em qualquer indivíduo, incluindo pessoas sem defeito cardíaco pré-existente.

Foram excluídos desta pesquisa pacientes com comprometimento sistêmico de **alto risco**, por apresentarem áreas extremamente susceptíveis à infecção durante a bacteriemia, tornando o indivíduo mais predisposto de contrair a patologia tais como pacientes com válvulas cardíacas protéticas, história prévia de endocardite (mesmo na ausência de outra doença cardíaca), doença cardíaca cianótica complexa ou derivações ou conduto sistêmico-pulmonares construídos cirurgicamente, pacientes viciados em drogas injetáveis, distúrbios hematológicos não malignos, pacientes com cirrose hepática, hepatite ativa crônica, insuficiência renal e em hemodiálise, queimados graves, doenças infecto-contagiosas, shunts ou derivações arteriovenosas iatrogênicos e esteróides, doenças neoplásicas e, pacientes portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) <sup>3</sup>.

Os pacientes utilizados nesta pesquisa foram examinados no Hospital

Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba e em quatro clínicas particulares de cardiologia da cidade de João Pessoa, Paraíba, todos portadores de endocardite infecciosa. Os pacientes selecionados foram triados utilizando-se o índice I.N.T.P.C. (Índice das Necessidades de Tratamento Periodontal na Comunidade), e os resultados foram anotados em ficha clínica específica, elaborada com dados relativos ao problema pesquisado. Seguindo este critério, dividimos os pacientes em dois grupos. Grupo 1: pacientes com códigos 3 e 4 no I.N.T.P.C. (doença periodontal avançada) e Grupo 2: pacientes com códigos 0, 1 e 2 no I.N.T.P.C. (ausência de doença até doença periodontal incipiente). Como não fazia parte desta pesquisa a intervenção terapêutica nos pacientes, uma vez que o objetivo maior era a verificação da ocorrência clínica da doença periodontal, aconselhávamos que todos os pacientes procurassem um profissional especializado em Odontologia - periodontista - para que, desta forma, fossem removidos todos os fatores locais promotores da doença periodontal.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Analisando os resultados mostrados nos gráficos e nas tabelas, podemos constatar a importância da higiene bucal e da doença periodontal influenciando fortemente o acometimento da endocardite infecciosa (tabela 1, gráfico 1).

Nossos achados apresentaram uma prevalência de 76% nos pacientes do grupo 1 (doença periodontal avançada), enquanto que, comparativamente, o grupo 2 (ausência de doença até doença periodontal incipiente) apresentou uma prevalência de 24% (gráfico 2).

As tabelas 2 e 3 apresentam um quadro em que 30 pacientes haviam sido submetidos a tratamento odontológico prévio ao acometimento da endocardite infecciosa. Achamos grave que estes pacientes nos tenha relatado que nenhum dos profissionais dentistas, por uma anamnese incorreta ou por falta de informações, utilizou medicação antes dos procedimentos dentários. Podemos afirmar então que, se tivesse sido utilizada uma correta quimioprofilaxia antibiótica, estes pacientes não teriam contraído endocardite infecciosa.

Não há mais dúvidas de que a fonte de infecção dentária crônica é o fator de risco identificável mais comum na endocardite infecciosa, principalmente em pacientes de risco <sup>11</sup>. Isto tem levado grande parte dos autores a aconselhar prescrição de antibióticos para prevenir

bacteriemias antes dos procedimentos dentários, evitando assim a endocardite <sup>2, 3, 4, 5, 8, 10</sup>. Esta conduta deve sempre estar associada a uma boa anamnese para que os casos indicados estejam em consonância com a orientação de GARCIA MOLL, GURGUI FERRER <sup>5</sup>, em 1998, que afirmam ser a endocardite infecciosa sempre precedida por uma bacteriemia e que esta muitas vezes é causada por muitos meios de diagnóstico e por procedimentos terapêuticos.

À luz dos conhecimentos atuais e da elevada ocorrência clínica da periodontite em pacientes com endocardite infecciosa, esperamos uma maior atenção da classe odontológica para a necessidade de uma anamnese precisa e abrangente, uma vez que, quando necessária for a intervenção clínica e cirúrgica, todos os meios preventivos sejam realizados com bases científicas. Para tanto, acatamos e sugerimos as condutas recomendadas por ANDRADE et al. <sup>1</sup>, em 1998, baseada nas novas orientações da *American Heart Association*, enfatizando que para a prevenção da endocardite não basta somente a administração prévia de antibióticos, mas obedecer os seguintes passos:

- 1) instituir medidas de prevenção das doenças bucais;
- 2) procurar trocar informações com o médico do paciente;
- 3) indicar check-up periódicos nos cardiopatas de risco;
- 4) realizar o maior número de procedimentos odontológicos sob uma mesma cobertura antibiótica;
- 5) só iniciar o procedimento bucal após certificar-se que o paciente tomou a medicação antibiótica profilática;
- 6) não empregar tetraciclinas ou sulfas na profilaxia da endocardite;
- 7) nos casos de dúvida sobre a necessidade de fazer ou não fazer a profilaxia, faça;
- 8) antes do procedimento, fazer o paciente bochechar uma solução de clorexidina a 0,2%;
- 9) procurar estabelecer um intervalo mínimo de dez dias entre as sessões para evitar a resistência bacteriana; e,
- 10) evitar traumatismos gengivais desnecessários.

Como vimos, tudo concorre para que o profissional esclarecido, consciente e sempre possuidor de novas informações científicas, adote medidas que atendam às necessidades do paciente, prevenindo doenças graves com a endocardite infecciosa. Isto não se limita apenas à classe odontológica, mas, sugerimos, que seja extensiva à classe médica em geral.

**TABELA I:** Distribuição dos pacientes segundo o hábito de higiene bucal e o grupo.

Higiene bucal	Grupo				TOTAL	
	I		II		N	%
	N	%	N	%		
Boa	-	-	5	100,0	5	100,0
Regular	11	39,3	17	60,7	28	100,0
Ruim	49	96,1	2	3,9	51	100,0
Péssima	16	100,0	-	-	16	100,0
TOTAL	76	76,0	24	24	100	100,0

\* **GRUPO I:** formado por pacientes com os códigos 3 e 4 (doença periodontal grave) nos sextantes.

**GRUPO II:** formado por pacientes com os códigos 0 a 2 (ausência de doença até doença periodontal incipiente) nos sextantes.

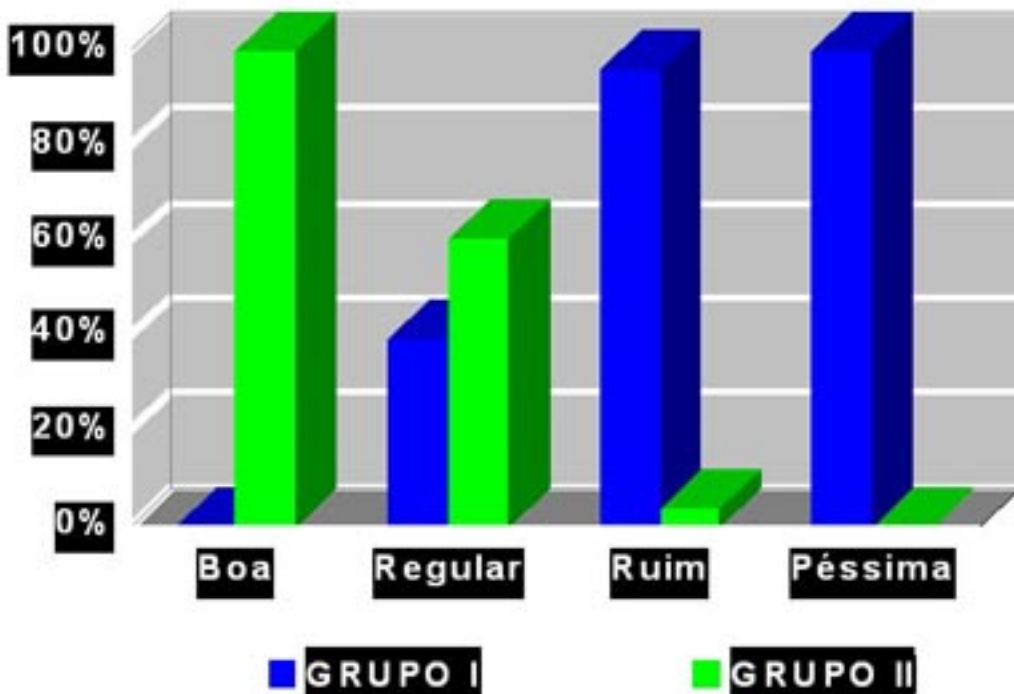


Gráfico I: Distribuição dos pacientes segundo o hábito de higiene e o grupo.

Da Tabela 1 e do Gráfico 1, pode se constatar que o grupo I apresentou pacientes com condições precárias de higiene bucal em relação aos pacientes do grupo II.

**TABELA II:** Pacientes do grupo 1 submetidos a tratamento odontológico antes da endocardite infecciosa.

DOENÇA CARDÍACA PREEXISTENTE	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS				TOTAL
	Exodontia	Proc. period.	Proc. endod.	Dentística	%
Nenhuma	06	03	01	02	12
Prolapso de Válvula mitral	03	05	-	-	08
Arritmia	02	-	-	-	02
Defeito do septo ventricular	-	-	01	-	01

TOTAL	11	08	02	02	23
-------	----	----	----	----	----

**TABELA III:** Pacientes do grupo 2 submetidos a tratamento odontológico antes da endocardite infecciosa.

DOENÇA CARDÍACA PREEXISTENTE	PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS				TOTAL
	Exodontia	P. period.	P. endod.	Dentística	%
Nenhuma	-	-	01	02	03
Prolapso de Válvula mitral	03	-	-	-	03
Infarto	-	-	01	-	01
TOTAL	03	-	02	02	07

## CONCLUSÕES

Diante do exposto na literatura e com base nos resultados desta pesquisa, podemos inferir que:

- 1) A ocorrência clínica da doença periodontal avançada em pacientes com endocardite infecciosa foi considerada elevada na amostra examinada - 76%.
- 2) A maioria dos pacientes acometidos pela endocardite infecciosa tinha higiene bucal ruim.
- 3) A maior parte da amostra examinada apresentou os códigos 3 e 4 no I. N.T.P.C. - *Índice das Necessidades de Tratamento Periodontal na Comunidade*.
- 4) A doença cardíaca preexistente se torna um fator predisponente de alto risco quando está associado à doença periodontal.

## ABSTRACT

This work presents a research which was carried out with one hundred patients of both sexes, aged between 27 and 65, who had infective endocarditis. These patients were examined in the Hospital Lauro Wanderley, at the Universidade Federal da Paraíba, and also in four private surgeries in João Pessoa - PB. The focus of the research was on determining the clinical occurrence of periodontal disease in the above-mentioned patients. The statistical analysis demonstrated that the clinical occurrence of periodontal disease among the patients who had infective endocarditis was considered high in the sample - 76% (Grupo 1), and 24% (Grupo2), and that the deficiency of dental hygiene is a crucial factor in the etiology of endocarditis, as the majority of the patients who had this disease had poor dental hygiene.

## UNITERMS

Systemic factor in the periodontal disease, Periodontal disease and infective endocarditis, Prevention of the infective endocarditis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ANDRADE, E.D.; PASSERI, L.A.; MATTOS FILHO Prevenção da Endocardite Bacteriana - Novas Recomendações da American Heart Association, Revista da APCD, v. 52, p. 73-79, 1998.
- 2 - CARRANZA JR, F.; ADAMS, D.F.; NEWMAN, M.G. In: CARRANZA JR., F.; NEWMAN, M.G. Periodontia Clínica, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, p. 343-354.
- 3 - CHILD, J.S. Riscos e prevenção da endocardite infecciosa In: Clínicas Cardiológicas - Diagnóstico e Conduta na Endocardite Infecciosa. Rio de Janeiro: Interlivros, 1966, p. 319-334.
- 4 - DAJANI, A.S.; TAUBERT, K.A.; WILSON, W. et al. Prevenção da endocardite bacteriana - recomendações da American Heart Association.

JAMA, v. 2, p. 341-349, 1998.

5 - GARCIA MOLL, M.; GURGUI FERRER, M. Is a prophylaxis needed ? Is it really effective ? Risk of endocarditis after heart surgery. Rev. Esp. Cardiol., v. 51, Supl. 2, p. 44-50, 1998.

6 - GENCO, R.J.; COHEN, D.W.; GOLDMAN, H.M. Periodontia Contemporânea, 2ª ed. São Paulo: Santos, 1997, 726 p.

7 - GRIMBERG, M. Endocardite infecciosa. Uma cardiopatia de interesse odontológico. Revista APCD, v. 37, p. 37-71, 1983.

8 - KAPLAN, E.L.; TARANTA, V. Prophylaxis of endocarditis. In: CARRANZA JR., F., Periodontia Clínica 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992, p. 422-424.

9 - MACÊDO -SOBRINHO, B. Infective endocarditis: it is being neglected within the dental profession ? Clin. Prev. Dent., v. 1, p. 4, 1979.

10 - NISENGARD, R.J.; ZAMBON, J.J.; NEWMAN, M.G. Infecções de interesse médico. In: NISENGARD, R.J.; NEWMAN, M.G. Microbiologia Oral e Imunologia 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997, p. 342-344.

11 - TAN, S.Y.; GILL, G. Selection of dental procedures for antibiotic prophylaxis against infective endocarditis. J. Dent., v. 6, p. 375-376, 1992.

---

**\* Professores Adjuntos Doutores da disciplina de Periodontia do Departamento de Clínica e Odontologia Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.**

**\*\* Resumo da tese de doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco do Prof. Roberto Lyra de Brito - Orientador: Prof. Severino Celestino da Silva.**

