

Exodontia de raiz residual em paciente hipertenso e diabético: relato de caso

Residual root extraction in a hypertensive and diabetic patient: case report

Extracción de raíz residual en paciente hipertenso y diabético: reporte de caso

Recebido: 25/04/2022 | Revisado: 02/05/2022 | Aceito: 07/05/2022 | Publicado: 11/05/2022

Larissa Fernanda Pereira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1924-0931>

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio, Brasil

E-mail: larissa.pereira.lf@gmail.com

Márcio Américo Dias

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6103-5878>

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio, Brasil

E-mail: marcdias6@gmail.com

Tereza Cristina Rodrigues da Cunha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5542-6517>

Instituto Nacional de Ensino Superior e Pós-Graduação Padre Gervásio, Brasil

E-mail: diretoria@inapos.edu.br

Resumo

Raiz residual trata-se de um remanescente dentário que fica retido no osso, sem a coroa, podendo estar visível ou não. A extração de raízes residuais é de extrema importância uma vez que pacientes com raízes residuais podem queixar-se sobre alguns fatores, tais como; dor ao mastigar, presença de mau hálito e dor local. Cada vez mais um número maior de pacientes com alterações sistêmicas tem buscado atendimento clínico odontológico. Dentre as alterações sistêmicas as principais são; Diabetes Mellitus e Hipertensão. O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um paciente de 73 anos, gênero masculino, que faz uso de anti-hipertensivos, anticoagulantes e insulina e que tem indicação de extração da raiz residual do dente 13. Para este caso o método selecionado a exodontia foi realizada utilizando a técnica terceira, já que o paciente não apresentava remanescente dentário para uso de Fórceps. A exérese foi executada utilizando como instrumental nobre os extratores de Seldin. Foi possível concluir que pacientes hipertensos e diabéticos devem receber tratamento odontológico diferenciado, com maior atenção para anamnese e protocolo de atendimento para que assim seja possível obter resultados satisfatório.

Palavras-chave: Cirurgia oral; Hipertensão; Diabetes; Ensino.

Abstract

Residual root is a tooth remnant that is retained in the bone, without the crown, and may or may not be visible. The extraction of residual roots is extremely important since patients with residual roots can complain about some factors, such as; pain when chewing, presence of bad breath and local pain. An increasing number of patients with systemic alterations have sought clinical dental care. Among the systemic changes, the main ones are; Diabetes Mellitus and Hypertension. The objective of this study is to report a clinical case of a 73-year-old male patient, who uses antihypertensive drugs, anticoagulants and insulin and who has an indication for extraction of the residual root of tooth 13. For this case, the method selected, the extraction was performed using the third technique, since the patient had no remaining tooth for the use of forceps. The exeresis was performed using the Seldin extractors as a noble instrument. It was possible to conclude that hypertensive and diabetic patients should receive differentiated dental treatment, with greater attention to anamnesis and care protocol so that it is possible to obtain satisfactory results.

Keywords: Oral surgery; Hypertension; Diabetes; Teaching.

Resumen

La raíz residual es un remanente dental que está retenido en el hueso, sin la corona, y puede ser visible o no. La extracción de raíces residuales es sumamente importante ya que los pacientes con raíces residuales pueden quejarse de algunos factores, tales como; dolor al masticar, presencia de mal aliento y dolor local. Un número creciente de pacientes con alteraciones sistémicas han buscado atención clínica dental. Dentro de los cambios sistémicos, los principales son; Diabetes Mellitus e Hipertensión. El objetivo de este estudio es reportar un caso clínico de un paciente masculino de 73 años de edad, que usa medicamentos antihipertensivos, anticoagulantes e insulina y que tiene indicación de extracción de la raíz residual del diente 13. Para este caso, el método seleccionado, la extracción se realizó mediante la tercera técnica, ya que al paciente no le quedaba ningún diente remanente para el uso de fórceps. La exéresis se realizó utilizando los extractores Seldin como noble instrumento. Se pudo concluir que los pacientes hipertensos y diabéticos

deben recibir un tratamiento odontológico diferenciado, con mayor atención a la anamnesis y protocolo de atención para que sea posible obtener resultados satisfactorios.

Palabras clave: Cirugía oral; Hipertensión; Diabetes; Enseñanza.

1. Introdução

O número de pacientes com alterações sistêmicas que tem buscado atendimentos odontológicos de rotina tem crescido de forma considerável, isso ocorre principalmente devido ao aumento da expectativa de vida, e os avanços na área da saúde. (Fabris et al., 2018). A anamnese é realizada no primeiro contato entre o cirurgião dentista e o paciente, e nela é verificado ou não a existência de alguma alteração sistêmica.

No atendimento odontológico é de extrema importância que pacientes com tais alterações sistêmicas recebam cuidados e atenção adicional. É necessário sempre observar o quadro de saúde geral do paciente, estando atento as condições clínicas que podem demandar um cuidado especial, sendo as principais a Hipertensão Arterial (HA) e a Diabetes Mellitus (DM). (Oliveira et al., 2019). Para a realização de todo procedimento cirúrgico oral e maxilofacial, a avaliação da história médica é um passo inicial fundamental para estabelecer qualquer plano de tratamento.

A Hipertensão Arterial é uma condição caracterizada pela elevação anormal da pressão sanguínea, está se apresenta quando a pressão sistólica é maior que 140mmHg e a diastólica é maior que 90mmHg. É apontado como um dos principais agravos da saúde pública mundial, atingindo entre 20 e 30% de toda população adulta dos países desenvolvidos. (Holm et al. 2006). Caso não aja controle o paciente pode apresentar várias alterações, tais como, acidentes cerebrovasculares, problemas renais e trombose. Para os odontólogos, é de suma importância o conhecimento das consequências e das possíveis complicações que porventura possam surgir durante o atendimento clínico ou, ainda, em decorrência da terapia medicamentosa instituída.

O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica crônica e multifatorial, é caracterizada por um quadro no qual o organismo não produz uma quantidade suficiente ou não responde normalmente à insulina, fazendo com que o nível de glicose no sangue fique excepcionalmente elevado. (Rezende et al., 2014). No que se refere a odontologia, o DM é uma doença capaz de afetar o ambiente bucal ao predispor o paciente a várias alterações, como por exemplo, cárie dentária, hipoplasia de esmalte, infecções fúngicas, gengivites, periodontites, xerostomia e reparo tecidual.

É relativamente comum encontrar pacientes que apresente ambas as patologias citadas. Desse modo, é fundamental que o cirurgião dentista tenha conhecimento acerca dos cuidados pré, trans e pós operatórios que os pacientes portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão devem receber, diminuindo assim o risco de complicações. (Fabris et al., 2018).

O objetivo deste trabalho é relatar o caso de um paciente de 73 anos de idade, gênero masculino, com necessidade de exodontia de raiz residual do dente 13. O mesmo apresentava histórico de infarto há 9 meses, e diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 1, fazendo uso de medicações pra ambas patologias.

2. Metodologia

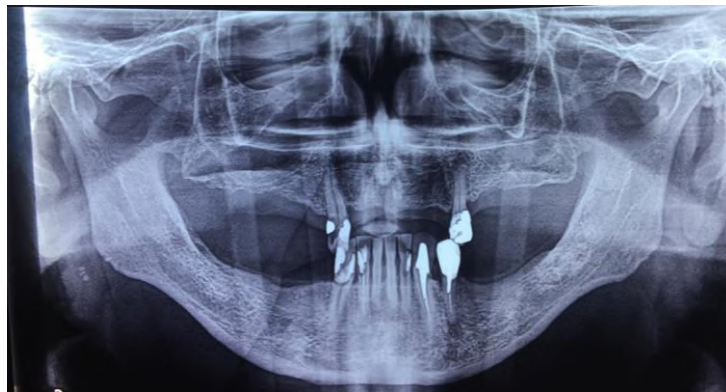
A metodologia utilizada foi “relato de caso”, partindo da descrição e análise do tratamento cirúrgico de exodontia da raiz residual do dente 13, de um paciente com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes. (Pereira et al., 2018) Utilizou-se da técnica terceira para a extração da raiz residual do dente 13, de um paciente de 73 anos, com realização de osteotomia e uso do kit de alavancas Seldin. A realização da cirurgia ocorreu na clínica escola do Instituto de Ensino Superior e Pós Graduação Padre Gervási - INAPÓS - Pouso Alegre, MG. O material cirúrgico utilizado foi, carpule, afastador de minessota, descolador de molt, bisturi, alavancas seldin, fórceps 69, gazes, algodão, porta agulha e fios de sutura. O paciente assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitindo o uso de dados, radiografias e fotografias contidas no prontuário para publicações científicas ou atividades acadêmicas, conforme previsto no Código de Ética Odontológico. Temos o compromisso de garantir a

privacidade e confidencialidade dos dados dos pacientes, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito, bem como sua não estigmatização. Além de não usar as informações e imagens em seu detrimento.

3. Relato de Caso

Paciente J.B.G, 73 anos, gênero masculino compareceu a clínica escola da Faculdade de Odontologia do Inapós em Pouso Alegre – MG. Com indicação de exodontia de raiz residual para posterior reabilitação protética. Na anamnese verificou-se que o paciente apresentava comprometimento sistêmico, o mesmo relatou histórico de infarto e cirurgia cardíaca há 9 meses. E que após o mesmo começou a fazer uso de antiagregantes plaquetário, ácido acetilsalicílico – Aspirina® 100mg uma vez ao dia. Também relatou ser hipertenso e portador de Diabetes Mellitus tipo 1. Utilizando Ramipril® 5mg e Atenolol® 50mg para Hipertensão e fazer uso de Insulina 20 UI, duas vezes ao dia, e também utilizar Jardiance® 25mg uma vez ao dia, para Diabetes. Após a anamnese foi realizado exame clínico intra oral e extra oral e avaliação da radiografia panorâmica (Figura 1).

Figura 1: Radiografia panorâmica.



Fonte: Autores.

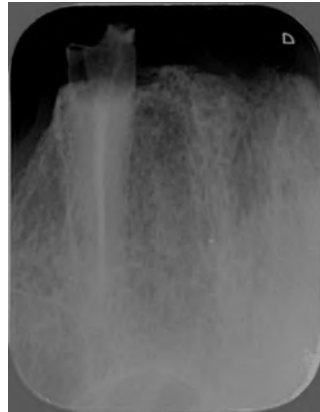
Na radiografia panorâmica apresentada pelo paciente o dente 13 ainda estava íntegro, com a coroa, era possível observar uma grande restauração na mesial do dente. Ao exame clínico intra oral observou-se que o coroa já havia fraturado (Figura 2) e que o paciente apresentava apenas o dente 24 íntegro na maxila o qual tinha mobilidade grau 1. Realizou-se a radiografia periapical (Figura 3) do dente 13 para melhor avaliação do caso.

Figura 2: Aspecto Inicial.



Fonte: Autores.

Figura 3: Avaliação Periapical.



Fonte: Autores.

Após a avaliação da radiografia, foi possível observar que o dente 13 apresentava tratamento endodôntico satisfatório, porém optou-se por realizar a exodontia da raiz residual do dente 13 e exodontia do 24 para posterior reabilitação com prótese total superior. Previamente a cirurgia foi solicitado que o paciente realizasse uma avaliação médica, os exames pré operatório foram; Hemograma, Coagulograma e Glicemia em Jejum, todos se encontravam com valores normais. O laudo médico sugeriu que o paciente interrompesse o uso do AAS 100mg, 7 dias antes da cirurgia. Pacientes hipertensos, diabéticos ou que fazem uso de anticoagulantes são pacientes que necessitam de cuidados pré, trans e pós operatório, evitando eventuais complicações. (Fabris et al., 2018)

Para evitar o aparecimento de desequilíbrios metabólicos indesejáveis durante o procedimento, o paciente foi orientado a se alimentar da forma como já tinha costume e realizar o uso da insulina previamente a consulta odontológica. (Prado & Vaccarezza, 2017)

Iniciou-se com a montagem da mesa clínica (Figura 4) seguido de protocolo de biossegurança e nova avaliação do paciente para verificar as condições de saúde que o mesmo apresentava no dia. A anti-sepsia bucal foi realizada com solução Clorexidina 0,2%, para região extra oral usando gaze estéril e pinça Allis, e bochecho com 10ml de Clorexidina 0,12% durante 1 minuto.

Figura 4: Mesa cirúrgica.



Fonte: Autores.

Para a técnica anestésica inicialmente foi feita a aplicação de anestésico tópico – Benzotop, com uso de gaze durante 1 minuto, após isso foi realizada a anestesia infiltrativa com o uso da seringa Carpule, do Nervo Alveolar Superior Anterior direito com anestésico Lidocaína 2% associado com Epinefrina 1:100.000, foram utilizados dois tubetes. (Figura 5)

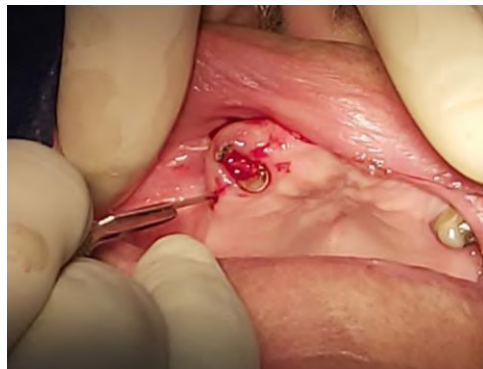
Figura 5: Anestesia Infiltrativa.



Fonte: Autores.

O próximo passo foi verificar se toda a área estava anestesiada, isso foi feito com auxílio de uma sonda exploradora. Foi realizada incisão sulcular perpendicular ao longo eixo do dente (Figura 6) e descolamento do tecido com uso do descolador de Molt (Figura 7).

Figura 6: Incisão Sulcular



Fonte: Autores.

Figura 7: Sindesmotomia com uso do Descolador de Molt.



Fonte: Autores.

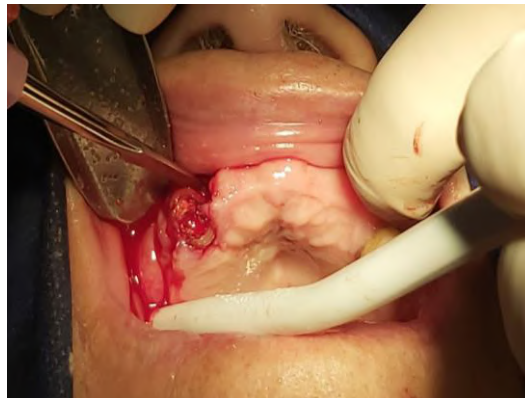
Após completa sindesmotomia e rebater o retalho verificou-se a necessidade de criar-se um apoio para a adaptação da alavanca, este foi feito utilizando a Broca Carbide Cirúrgica número 702 em alta rotação (Figura 8) com irrigação constante com soro fisiológico. Após a osteotomia e confecção de apoio a alavanca foi adaptada possibilitando que fosse feita a luxação do dente. (Figura 9)

Figura 8: Osteotomia, com uso de alta rotação.



Fonte: Autores.

Figura 9: Adaptação da Alavanca reta para luxação do dente.



Fonte: Autores.

Após a osteotomia e confecção de apoio a alavanca foi adaptada possibilitando que fosse feita a luxação do dente. (Figura 10).

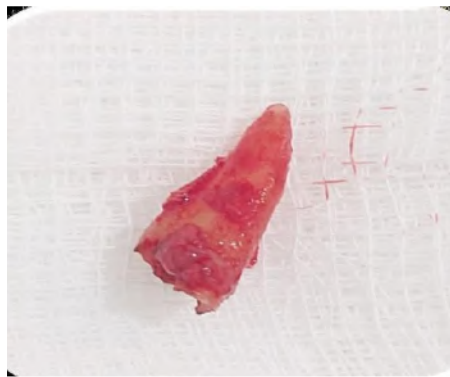
Após a luxação da raiz residual a mesma foi retirada do alvéolo com auxílio da pinça hemostática (Figura 10), foi feita irrigação do alvéolo e sutura utilizando porta agulha e fio de sutura nylon 3.0. (Figura 11)

Figura 10: Retirada da raiz residual do alvéolo.



Fonte: Autores.

Figura 11: Raiz Residual dente 13.



Fonte: Autores.

Após a extração da raiz, foi feita curetagem com auxílio da Cureta de Lucas e irrigação com soro fisiológico. Após isso foi realizado o reposicionamento do tecido e sutura com uso do porta agulha tipo Mayo Hegar e fio de sutura de seda 4.0.

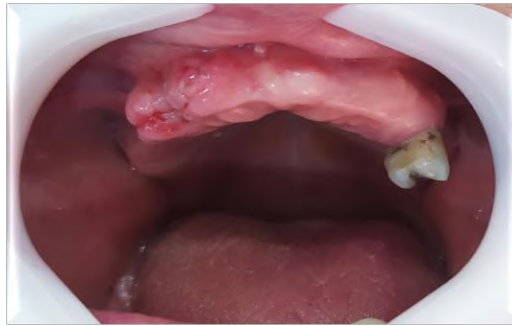
Figura 12: Sutura em pontos simples.



Fonte: Autores.

No pós operatório foi prescrito Amoxicilina 500 mg sendo 1 cápsula de 8 em 8 horas durante 7 dias, Ibuprofeno 600 mg sendo 1 comprimido de 12 em 12 horas durante 5 dias e Paracetamol 500 mg de 4 em 4 horas durante três dias ou caso houvesse dor, além das recomendações pós operatória. A remoção da sutura foi realizada após sete dias e observou-se uma excelente cicatrização sem intercorrências no pós operatório. (Figura 13)

Figura 13: Pós operatório de 7 dias



Fonte: Autores

4. Discussão

Paciente portador de Diabetes

Para Malamed (2013) antes de qualquer tratamento odontológico o cirurgião dentista deve determinar se o paciente está apto a tolerar o procedimento dentário planejado. Para obter segurança frente ao procedimento que será realizado é importante que previamente seja realizado uma anamnese minuciosa, na qual seja possível obter informações frente a saúde geral do paciente.

Costa (2013) destaca que no Brasil existem 9,1 milhões de pessoas com 18 anos ou mais que receberam diagnóstico médico de Diabetes Mellitus. Com relação ao paciente odontológico, pacientes diabéticos bem controlados podem ser tratados como pacientes normais, porém os pacientes diabéticos descontrolados necessitam de cuidados especiais e do médico que o acompanha para obter boas condições metabólicas. No entanto, a resposta do paciente com DM ao tratamento odontológico depende de fatores específicos para cada indivíduo, estes incluem o controle glicêmico, problemas médicos concomitantes, dieta, higiene bucal e hábitos, como o uso excessivo de bebidas alcoólicas e tabagismo

Oliveira (2016) salienta o melhor horário para atendimento do paciente Diabético é no período da manhã, que é o momento em que a insulina atinge seu nível máximo de secreção. É importante evitar consultas longas, pois estas podem gerar um quadro de ansiedade no paciente. É fundamental orientar que o paciente se alimente de forma normal e faça uso do medicamento antes da consulta. Em relação a resposta do paciente com Diabetes ao tratamento odontológico depende de fatores específicos para cada indivíduo, estes incluem o controle glicêmico, problemas médicos concomitantes, dieta, higiene bucal e hábitos, como o uso excessivo de bebidas alcoólicas e tabagismo

Rezende (2014) ainda destaca que o cirurgião dentista deve estar preparado para lidar com problemas como crises de hipoglicemia ou hiperglicemia, pacientes com glicemia abaixo de 70 (hipoglicemia) ou acima de 300 (cetoacidose) não devem passar por atendimento odontológico. Sabe-se ainda que uma descompensação da glicemia pode resultar em má cicatrização e a regeneração tardia dos tecidos, adiando a cura em pacientes diabéticos, e podendo resultar no surgimento de infecções.

Andrade (2014) ainda aponta que quadros de ansiedade em relação ao tratamento odontológico pode induzir uma maior secreção de catecolaminas (epinefrina e norepinefrina) pelas suprarrenais, que irá desencadear um processo de glicogenólise, o que causa um aumento no nível de glicemia do paciente, desse modo o uso de benzodiazepínico como medicação pré operatória deve ser levado em consideração. Na clínica odontológica, os benzodiazepínicos (BZD) são os ansiolíticos mais empregados para se obter a sedação mínima por via oral pela eficácia boa margem de segurança clínica e facilidade posologia.

De acordo com Neto (2012) há pouco tempo as soluções anestésicas contendo epinefrina ou outros tipos de vasoconstritores eram contraindicadas para diabéticos. A epinefrina é um exemplo de vasoconstrictor comumente usado na odontologia, e esta apresentação ação oposta à insulina. Diante das concentrações de epinefrina que são utilizadas na Odontologia a hipótese de ocorrência de alterações metabólicas é mínima.

Com relação a resposta após a anestesia Andrade (2014) pontua que o as alterações clínicas após administração da epinefrina podem ser maiores naqueles pacientes que são insulino dependente do que em pacientes que são medicados com hipoglicemiantes orais. Isso ocorre devido há uma relação entre os níveis elevados de catecolaminas e o aumento da glicemia em pacientes diabéticos insulino dependentes. A presença de Diabetes Mellitus não controlado é uma contra-indicação absoluta ao uso de vasoconstritores adrenérgicos associados a anestésicos

Labolita et.al (2020) afirma pacientes diabéticos que apresentem controle glicêmico tem maior tolerância ao uso de vasoconstritores, um anestésico que apresente epinefrina 1:100.000 poderá ser usado desde que a dose de aplicação seja respeitada. Desse modo, pode-se concluir que a aplicação de anestésicos com vasoconstritores pode ser realizada desde que o paciente esteja compensado e a dose de aplicação seja respeitada.

Em relação a terapêutica Andrade (2006), pontua que quadros de dor leve a moderada no pós-operatório, pode-se prescrever a dipirona e o paracetamol nas mesmas dosagens e posologias utilizadas em pacientes que se encontram em condições normais. Em situações de edema e dor intensa, as opções mais recomendáveis são os corticosteroides de ação prolongada, tais como a Betametasona® e a Dexametasona®, administrados em no máximo duas doses, visto que tais fármacos tendem a aumentar a glicemia. É importante também orientar o paciente quanto aos cuidados do pós-operatório, abordar sobre a importância da correta higiene oral para evitar infecções, falar da relevância de se ter uma dieta adequada (leve e fria) e evitar alimentos duros.

Paciente Hipertenso

Costa (2016) afirma que Hipertensão Arterial sistêmica se caracteriza pela elevação persistente nos níveis da pressão arterial sanguínea, estima-se que 31,8 milhões de brasileiros acima de 18 anos sejam hipertensos. Existem alguns fatores de risco que podem levar indivíduos a desenvolver algum grau de hipertensão, incluindo a idade, a raça negra, o sexo feminino e estilo de vida como o sedentarismo e a obesidade.

Da Costa (2013) e Ferraz et.al (2014) pontua que na maioria das vezes a Hipertensão Arterial não tem uma etiologia conhecida, o que resulta em uma dificuldade de se chegar no diagnóstico, isso ocorre porque a diversos sistemas que são regulatórios da pressão sanguínea. Quando a causa é desconhecida a pressão arterial é chamada de *Primária* ou *Essencial*, e esta é responsável por 90% dos casos de hipertensão. A hipertensão devido a outras patologias, por exemplo alterações renais é chamada de *Secundária*.

Fabris (2018) destaca que o uso de anti-hipertensivos pode resultar em efeitos colaterais na cavidade oral, e estes merecem certa atenção do cirurgião dentista. A hiperplasia gengival é bastante comum em pacientes que fazem uso de drogas anti-hipertensivas – drogas bloqueadoras dos canais de cálcio. Outro efeito colateral que também é verificado com muita frequência em todas as classes de anti-hipertensivos é a xerostomia. como forma de evitar e/ou amenizar os efeitos provocados pela xerostomia induzida por drogas (por exemplo, as anti-hipertensivas), pode-se prescrever saliva artificial, com aplicações várias vezes ao dia de acordo com a necessidade de cada paciente.

Da Silva (2021) e Brozo et.al., (2012) aponta que as alterações da pressão arterial podem variar de acordo com o nível de ansiedade do paciente frente ao tratamento odontológico, alguns pacientes apresentam alterações ainda na sala de espera já outros nos momentos em que antecedem a aplicação da anestesia. A ansiedade o estresse e o medo frente ao tratamento odontológico podem ser fatores desencadeadores de urgências e emergências no consultório odontológico.

Contudo, alguns trabalhos como o de Malamed (2013) mostraram que a anestesia e outros procedimentos podem constituir estímulos dolorosos e fazer com que ocorra uma situação de estresse a qual irá resultar no aumento de catecolaminas endógenas (adrenalinhas e noradrenalina) circulantes, que podem causar em um aumento da pressão arterial. Porém é difícil estabelecer se as alterações observadas nos parâmetros cardiovasculares, pressão arterial e frequência cardíaca tem como razão principal o aumento das catecolaminas endógenas ou se a causa é a absorção de epinefrina exógena do anestésico.

Malamed (2013) relatou que durante o estresse as catecolaminas endógenas (adrenalina e noradrenalina) são liberadas de seu local de armazenamento para o sistema cardiovascular em um nível aproximado de 40 vezes maior do que o nível em repouso. Quantidade esta que é muito superior do que à presente em dois tubetes anestésicos por exemplo. Desse modo fica claro que o paciente apresentando controle pressórico e o cirurgião dentista não ultrapassando a dose máxima do anestésico pode-se utilizar com segurança vasoconstrictor.

5. Conclusão

Perante as questões expostas no caso relatado, foi possível compreender que, com o aumento da expectativa de vida e os avanços nas áreas da saúde, é cada vez mais frequente o atendimento odontológico de pacientes com problemas sistêmicos. É importante que o cirurgião esteja apto a atender e a lidar com as possíveis complicações que possam surgir nesse grupo de pacientes.

O uso de anestésicos locais é indispensável nos atendimentos odontológicos e este deve ser feito com cautela, deve-se avaliar as condições sistêmicas e terapêuticas do paciente antes da escolha do mesmo. Dentre os vasoconstritores adrenérgicos, a preferência recai sobre a epinefrina. O uso em pacientes hipertensos e diabéticos pode ser feito desde que ambas as condições sistêmicas estejam controladas e que as dosagens máximas sejam respeitadas.

Por fim, a redução no grau de estresse bem como o controle da ansiedade e do medo frente a um tratamento odontológico são benéficos no atendimento a pacientes hipertensos e diabéticos, esse controle pode ser feito com a administração de benzodiazepínicos, garantindo assim melhores resultados no trans e pós-operatório.

Agradecimentos

Os autores negam qualquer conflito de interesse.

Referências

- Fabris, V., Scortegagna, A., Oliveira, G., Scortegagna, G., & Malmann, F. (2018). Conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre o uso de anestésicos locais em pacientes: diabéticos, hipertensos, cardiopatas, gestantes e com hipertireoidismo. *Journal of Oral Investigations*, 7(1), 33-51. <https://doi.org/10.18256/2238-510X.2018.v7i1.2468>
- Oliveira, D. H. M., Fragoso, L. N. M., da Cruz Flores, N., Ribeiro, E. D., & Rocha, J. F. (2019). Conduta clínica e cirúrgica do cirurgião dentista frente ao paciente hipertenso. *Revista Brasileira de ciências da Saúde*, 17(3), 287-292. (
- Holm, S. W., Cunningham, L. L., Jr, Bensadoun, E., & Madsen, M. J. (2006). Hypertension: classification, pathophysiology, and management during outpatient sedation and local anesthesia. *Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 64(1), 111–121. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2005.09.023>
- Rezende, M. C. R. A., Wada, C. M., Fiorin, L. G., Cury, M. T. S., & Lisboa-Filho, P. N. (2014). Impacto do controle glicêmico sobre as complicações associadas ao diabetes mellitus na osseointegração. *Archives of Health Investigation*, 3(5).
- da Silveira Gerzson, A., Grassi, L., Lopes, L. A. Z., & Gallicchio, L. H. H. (2016). Cirurgias odontológicas em pacientes sob terapia com antiagregante plaquetário e anticoagulante oral: revisão de literatura. *Journal of Clinical Dentistry & Research*, 13(2).
- Costa, K. S., Tavares, N. U. L., Mengue, S. S., Pereira, M. A., Malta, D. C. & Júnior, J. B. S. (2016). Obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Programa Farmácia Popular do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiol. serv. Saúde*. 25:33-44. 10.5123/S1679-49742016000100004.
- Prado, B. N., & Vaccarezza, G. F. (2017). Alterações bucais em pacientes diabéticos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 25(2), 147-153.
- NETO, J., Beltrame, M., Souza, I. F. A., de Andrade, J. M., da Silva, J. A. L., & Quintela, K. L. (2012). O paciente diabético e suas implicações para conduta odontológica. *Revista Dentística on line*, (23).

- Labolita, K. A., Santos, I. B., Balbino, V. C., Andrade, G. L., Araujo, I. C., & Fernandes, D. C. (2020). Assistência odontológica à pacientes diabéticos. *Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS*, 6(1), 89-89.
- Da Costa, A. N. F., Vasconcelos, R. G., Vasconcelos, M. G., Queiroz, L. M. G., & Barboza, C. A. G. (2013). Conduta odontológica em pacientes hipertensos. *Revista Brasileira de ciências da Saúde*, 17(3), 287-292.
- da Silva Lima, J. L., Soares, B. M. P., Duarte, S. M. D., de Sousa, F. R. A., Braga, Y. F. C., de Souza, G. S., & Pinheiro, J. C. (2021). Correlação entre a utilização dos anestésicos locais com vasoconstritores e ao aumento da pressão arterial. *Revista da AcBO*.
- Malamed F. (2013). *Manual de anestesia local- farmacologia dos anestésicos locais e farmacologia dos vasoconstritores*. (6a ed.) Editora Elsevier
- Oliveira A., Simone J., Ribeiro R. Pacientes hipertensos e a anestesia na Odontologia: devemos usar anestésicos locais associados ou não com vasoconstritores? *HU Revista, Juiz de Fora*, 36(1), 69- 75.
- Almeida, T. T (2014). *Pacientes hipertensos no consultório odontológico: uma revisão de literatura* (Trabalho de conclusão de curso). Universidade federal de Santa Catarina – UFSC, Santa Catarina, SC, Brasil.
- da Silveira Gerzson, A., Grassi, L., Lopes, L. A. Z., & Gallicchio, L. H. H. (2016). Cirurgias odontológicas em pacientes sob terapia com antiagregante plaquetário e anticoagulante oral: revisão de literatura. *Journal of Clinical Dentistry & Research*, 13(2).
- de Andrade, E. D. (2014). *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. Artes Médicas Editora.
- Abuabara, A., & Hoepfner, C. (2013). Desmitificando o atendimento odontológico ao paciente hipertenso. *Rev. bras. cardiol. (Impr.)*, 11-13.
- Rabêlo, H. T. D. L. B., de Araújo Cruz, J. H., Guênes, G. M. T., de Oliveira Filho, A. A., & Alves, M. A. S. G. (2019). Anestésicos locais utilizados na Odontologia: uma revisão de literatura. *Archives Of Health Investigation*, 8(9).
- Bronzo, A. L. A., Cardoso Jr, C. G., Ortega, K. C., & Mion Jr, D. (2012). Felipressina aumenta pressão arterial durante procedimento odontológico em pacientes hipertensos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99, 724-731.
- Ferraz E. et al. Avaliação da variação da pressão arterial durante procedimento cirúrgico odontológico. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2007; 36(3): 223-229.
- Ferraz, E. G., Carvalho, C. M., Jesuíno, A. A., Provedel, L., & Sarmiento, V. A. (2013). Avaliação da variação da pressão arterial durante o procedimento cirúrgico odontológico. *Revista de Odontologia da UNESP*, 36(3), 223-229.