



Cuidados odontológicos em paciente com Síndrome de Wolff-Parkinson-White: Relato de caso.

Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro¹, Marvin Sales Neves², Gimol Benchimol de Resende Prestes¹, Joelson Rodrigues Brum¹

RELATO DE CASO

RESUMO

A síndrome de Wolf-Parkinson-White (SWPW) é uma cardiopatia congênita, pré-excitação, decorrente de uma modificação no processo de condução cardíaca, provocando por vezes arritmias ocasionadas pelo feixe de Kent. Caracterizar os achados bucais, suas peculiaridades e o tratamento de um paciente com SWPW, ressaltando os cuidados a serem adotados, foi a finalidade desse trabalho. Paciente do gênero masculino, 21 anos, compareceu á Policlínica Odontológica da Universidade Do Estado do Amazonas (POUEA), na disciplina de pacientes especiais, para o atendimento odontológico de rotina. Na anamnese relatou apresentar SWPW, ter alergia a medicamentos a base de acetilsalicílicos (AAS) e fazer uso de Propofenona. No exame físico foram observados aspectos de baqueteamento nos dedos das mãos e pés, além de poliúria apresentada pelo paciente. No exame clínico intraoral notou-se fratura coronária no elemento 47 com presença de pólipos pulpar. O tratamento proposto e realizado foi a remoção do pólipos e endodontia do citado elemento. O tratamento odontológico ambulatorial em pacientes com SWPW pode ser realizado, desde que seja se conheça as peculiaridades da síndrome e os cuidados a serem tomados. É importante a atuação do cirurgião dentista na promoção de saúde bucal desses pacientes.

Palavras-chave: Odontologia, Cardiopatia congênita, Síndrome.

Dental care in a patient with Wolff-Parkison-White Syndrome: Case report.

ABSTRACT

Wolf-Parkinson-White syndrome (SWPW) is a congenital heart disease, preexcitation, resulting from a change in the cardiac conduction process, sometimes causing arrhythmias caused by the bundle of Kent. Characterizing the oral findings, their peculiarities and the treatment of a patient with SWPW, emphasizing the care to be adopted, was the purpose of this work. Male patient, 21 years old, attended the dental polyclinic of the University of the State of Amazonas (POUEA), in the discipline of special care patients, for routine dental care. In the anamnesis, he reported having SWPW, being allergic to acetyl salicylic drugs (ASA) and using Propofenone. On physical examination, aspects of clubbing in the fingers and toes were observed, in addition to polyuria presented by the patient. In the intraoral clinical examination, a coronal fracture was observed in element 47 with the presence of a pulp polyp. The treatment proposed and carried out was the removal of the polyp and endodontics of the mentioned element. Outpatient dental treatment in patients with SWPW can be performed, provided that the peculiarity of the case and the care to be taken are taken into account. It is important for the dental surgeon to promote oral health in these patients.

Keywords: Dentistry, Congenital heart disease, Syndrome.

Instituição afiliada – 1- Professor do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas. 2- Aluno do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p511-522>

Dados da Publicação: Artigo recebido em 10 de Julho e publicado em 14 de Agosto de 2023.

Autor correspondente: *Eliane de Oliveira Aranha Ribeiro* earibeiro@uea.edu.br



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

A síndrome de Wolff-Parkinson-White (SWPW) é uma cardiopatia congênita, resultante de uma alteração no sistema de condução cardíaco com surgimento de arritmias provocada pelo acesso intitulado de feixe de Kent.¹

Um conjunto de onze pacientes apresentando um bloqueio de ramo com curto intervalo PR em indivíduos jovens, saudáveis com propensão a taquicardia paroxística, iniciando a compreensão da pré excitação ventricular foi descrito em 1930 por Paul D. White; John Parkinson, MD; Louis Wolff, MD.²

A SWPW tem uma ocorrência representada de 0,1 a 0,3% na população, no entanto podem ocorrer casos de subnotificação desses dados, uma vez que muitos pacientes, encontram-se assintomáticos e as anormalidades do eletrocardiograma (ECG) tornam-se não tão evidentes³. Tem maior prevalência entre os indivíduos do sexo masculino, podendo ser encontrada em todas as faixas etárias. Sua maior incidência ocorre na adolescência e nos primeiros anos de vida.¹

Com relação ao diagnóstico, há uma certa dificuldade, pois se depende dos exames de eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma (ECC), teste ergométrico, Holter de 24 horas e o estudo eletrofisiológico (EEF) como forma para realizá-lo.³⁻⁵

Alguns relatos documentaram sintomas como palpitações, síncope e taquicardia supraventricular em pacientes com SWPW, todavia como já dito anteriormente na maioria dos casos, os pacientes são assintomáticos.⁵

O tratamento desta síndrome, compreende a terapia com drogas antiarrítmicas ou a cirurgia de interrupção das vias acessórias. Durante as últimas décadas, os procedimentos ablativos do cateter com energia de radiofrequência, contemplaram e transformaram o tratamento de escolha para o cuidado de pacientes com esta síndrome, tornando-o de primeira linha para pacientes sintomáticos, sucedendo a cirurgia e a maior parte dos tratamentos medicamentosos.⁵

Nos indivíduos com SWPW que desenvolveram a doença cárie e que, posteriormente ocorreu exposição pulpar ou outro diagnóstico resultante da evolução de uma lesão na cavidade oral. É necessário a adequação do meio e que o profissional tenha conhecimento sobre a síndrome, para tornar o atendimento seguro e eficaz.⁶

O presente estudo tem por objetivo descrever as características da síndrome, e o tratamento odontológico de um paciente com SWPW, enfatizando as medidas e cuidados que devem ser empregados no atendimento.

RELATO DE CASO

Foram utilizados como motores de busca os indexadores Google Scholar, Scopus e Web of Science para seleção dos artigos, através dos unitermos “Qualidade de vida, Satisfação, Prótese total mucossuportada, Prótese total implantossuportada”. Foram excluídos artigos com mais de 20 anos de publicação ou que não se encaixavam dentro do escopo da pesquisa.

Paciente A.F.D.S, 21 anos, melanoderma, gênero masculino, natural e procedente de Manaus-AM, apresentou-se a policlínica odontológica da Universidade Estadual Amazonas – (POUEA), na disciplina de pacientes especiais, para atendimento odontológico de rotina. (Figura 1)

Figura 1. Paciente A.F.D.S.



Fonte: Arquivo Pessoal

Na anamnese, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) relatou ter o diagnóstico de SWPW, desde de 2015, ser alérgico a medicamentos à base de ácido acetilsalicílico (AAS), e fazer uso de Propafenona, medicamento que atua como um agente antiarrítmico com efeito estabilizador de membrana na célula miocárdica, bloqueador dos canais de sódio, desde que foi diagnosticado com a síndrome.

Ao exame físico observou-se que o paciente normocrômico, eupneico,

normotenso, com leves alterações nas pálpebras inferiores, baqueteamento nos dedos da mão e dos pés sem alterações cutâneas (Figuras 2 e 3).

1



Figura 2. Baqueteamento dos dedos das mãos.

Fonte: Arquivo pessoal



Figura 3. Baqueteamento dos dedos dos pés.

Fonte: Arquivo pessoal

No exame intraoral observou-se dentição levemente amarelada (Figura 4), destruição coronária no elemento 47, presença de pólipos pulpar (figura 5). Elementos dentários 36 e 46 extraídos e restauração no elemento 27.

Figura 4. Arcadas superior e inferior em oclusão.





Figura 5. Pólipo Pulpar.

Fonte: Arquivo pessoal

O tratamento proposto e realizado foi a remoção do pólipo pulpar (Figura 6), seguida de endodontia do elemento (Figura 7).

Figura 6. Curetagem do Pólipo Pulpar.



Fonte: Arquivo pessoal

Figura 7. Obturação endodôntica.



Fonte: Arquivo pessoal

Para finalizar o tratamento, realizou-se procedimento de dentística (Figura 8) do citado elemento seguido de profilaxia, aplicação tópica de flúor (ATH) e orientação de higiene oral.



Figura 8. Restauração em Resina Composta.

Fonte: Arquivo pessoal

Como se tratava de procedimento invasivo foi realizada profilaxia antibiótica de 2g de amoxicilina, 1 h antes do início do procedimento. Realizou – se a radiografia final (Figura 9) para avaliação do tratamento.

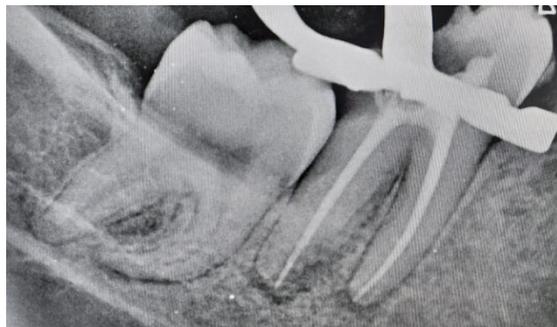


Figura 9. Radiografia

final

Fonte: Arquivo pessoal

DISCUSSÃO

Ao longo dos anos, foi observado uma diversidade nas manifestações clínicas, que são classificadas como sintomas graves (Síncope e fibrilação ventricular); sintomas moderados (Taquiarritmias), sintomas leves e os assintomáticos.⁵ Os indivíduos com a síndrome de Wolff-Parkinson-White são capazes de apresentar uma diversidade de sintomas, falta de ar, ansiedade inexplicável, tonturas, fadiga, palpitações e a perda de consciência.⁸ Dados estes que são compatíveis com este estudo, uma vez que o paciente relatou ter falta de ar ao jogar bola.

Em 2017 foram realizados estudo, através de um levantamento realizado nos bancos de dados de pacientes da síndrome de Wolff-Parkinson White com morte súbita, foi capaz de analisar que, embora a maior parte deles serem sintomáticos, um pequeno

número tem potencial para evoluir ao óbito de maneira surpreendente, apesar da ausência dos sintomas.¹¹ Contrariando o que apresenta este caso, de forma que o paciente não desenvolveu quadros de sinais e sintomas que levassem a morte.

Nos pacientes com a presença de sintomas, que manifestam recorrência como as taquiarritmias, o protocolo de tratamento a longo prazo de primeira linha escolhido foi a ablação da via acessória por cateter de rádio frequência. Sendo a última, um procedimento estável, com pequenos índices de complicações e utilizado na maioria das oportunidades com objetivos curativos, tendo uma alta taxa de sucesso.⁵ Ampliando as opções de tratamento para pacientes acometidos pela SWPW, relacionando um dos sintomas manifestados pelo paciente, nos qual apresentava desmaios quando criança.

A ablação cardíaca por radiofrequência foi escolhida para pacientes resistentes aos fármacos frequentemente utilizados para fibrilação atrial paroxística. Seu uso resultou em taxas de sucesso clínico variável entre 95% a 99% para a intervenção preliminar e um êxito de 91% após ablação repetida.⁷ Quando se trata do uso de fármacos, os antiarrítmicos mais usados são: Propafenona, Adenosina e a Amiodarona.⁵ Este relato corrobora com o caso clínico apresentado, de modo que o paciente faz uso deste agente antiarrítmico, para estabilização da sua condição cardíaca, além de conter reações alérgicas ao ácido acetil salicílico.

Uma alternativa terapêutica que pode proporcionar evolução na expectativa e na qualidade de vida destes indivíduos que possuem insuficiência cardíaca refratária é o transplante cardíaco. Mas o grande obstáculo se encontra na carência de doadores, o que proporciona uma alta na taxa mortalidade dos presentes na lista de espera. Diversas foram as estratégias para ampliar a quantidade de doadores de coração, os resultados observados e apresentados em conferências de consenso.³ Em contraponto a este caso, este paciente não necessitou de transplante cardíaco, pois o controle da sua sintomatologia é feito pelo uso de medicações.

Antes da execução de um procedimento, deve-se consultar o médico, preferencialmente o cardiologista (Especialista), para realizar uma averiguação e coletar informações sobre o estado deste paciente, adicionando inclusive as contraindicações para a utilização de anestésicos locais e gerais.⁵ A utilização dos anestésicos deve ser efetuada de maneira que todas as precauções sejam tomadas para evitar o aumento da atividade do sistema nervoso simpático, fator este que pode desencadear as arritmias.¹¹

Desse modo, o cirurgião-dentista deve se manter atento ao uso dos anestésicos locais que possuem associação com a epinefrina, pois a mesma proporciona vasoconstrição, o que pode levar a efeitos adversos como arritmias, palpitações, taquicardias e hipersalivação. Ratificando esses estudos, neste relato foi utilizada a prilocaína associada a felipressina para a realização dos procedimentos. Pois a felipressina não age nos receptores α e β (Adrenérgicos), desta forma a felipressina não provoca alterações relevantes na frequência cardíaca, em associação com o sal anestésico prilocaína, proporciona maior vasoconstrição, havendo ação direta na musculatura lisa vascular.¹³⁻

14

Seguindo o apresentado pela AHA (American Heart Association) os pacientes classificados como de alto risco, necessitam receber a profilaxia antibiótica, anteriormente aos procedimentos. Fortalecendo o que estabelecido, os procedimentos em que são imperdíveis a realização da profilaxia, são cirurgias; raspagem; preparos para próteses; polimento e alisamento radicular; instrumentação endodôntica ou paraendodôntica; colocação de bandas ortodônticas.¹⁵⁻¹⁶ Como respaldado pela AHA, fez a profilaxia antibiótica neste caso.

O conhecimento da forma adequada de higiene oral é fundamental para efetivar um planejamento que terá por finalidade a diminuição dos riscos no atendimento desses pacientes, com controle da microbiota bucal, capacitação do profissional e um protocolo de cuidados apropriados, corroboram na execução dos procedimentos, onde neste paciente pouco se modificou em relação aos pacientes em condições normais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento odontológico ambulatorial pode ser realizado em paciente com a SWPW, desde que se conheça as particularidades da síndrome e os cuidados a serem tomados. É importante o compromisso do cirurgião-dentista na promoção e prevenção da saúde bucal desses pacientes, com a finalidade de evitar a presença de infecções e complicações durante os procedimentos. O dentista precisa se encontrar atento as condições cardiológicas e a outras patologias que podem estar associadas a síndrome,



executar um tratamento eficiente, colaborando com o bem estar integral do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Altamirano NEA. Síndrome de Wolff-Parkinson White - reporte de caso. *Metro Ciencia*. 2021. nov.; 29(2):147.
2. Kim SS, Knight BP. Long term risk of Wolff-Parkinson-White pattern and syndrome. *Trends in Cardiovascular Medicine*. 2017. dez.; 27(4) 260 – 268.
3. Solf NAG, Honorato R, Fiorelli A, et al. Uso de Doador com Síndrome de Wolff-Parkinson-White no Transplante Cardíaco: Relato de Dois Casos e Revisão da Literatura. *Braz. J. Transpl.* 2022. jul.; 25(1): e0722.
4. Nunes RR, Cavalcante SL, Bezerra GMA, et al. Avaliação Pré-Operatória: Conduta em Paciente com Síndrome de Wolff-Parkinson-White. Relato de Caso; *Braz J Anesthesiol.* 1999. mar/abr.; 49(2): 115-117.
5. Camilo GF, Carvalho CA, Souza HR, et al. Síndrome de Wolff Parkinson White: relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. 2019. set/nov.; 28(2): 36-38.
6. Velazco MFV. Apertura cameral modificada en pulpectomías en paciente con síndrome de Wolff-Parkinson-White. Reporte de caso. [Trabalho Acadêmico de segunda especialidade]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2020. 31 p. Especialização em Odontopediatria.
7. Brooks JK, Howland KE, Coury, LT, et al. Wolff–Parkinson–White syndrome: Review of published cases associated with head and neck/oral and maxillofacial procedures. *Oral Surgery*. 2022. jan; 15: 672-680.
8. Sapra A, Albers J, Bhandari P, et al. Wolff-Parkinson-White Syndrome: A Master of Disguise. *Cureus*. 2020. jun.; 12(6):e8672.
9. Lim DYZ, Ho WHH, Wang L, et al. Wolff-Parkinson-White Apresentado como QRS Alternante e Outros Diagnósticos Diferenciais em uma Grande Coorte de Triagem de ECG Pré-Participação. *Arq. Bras. Cardiol.* 2022. ago.; 119(6): 940-945.
10. Miyamoto L. Molecular Pathogenesis of Familial Wolff-Parkinson-White Syndrome. *J Med Invest.* 2018. dez.; 65(1.2):1-8.



11. Inês PAC, Margarido EA, Oliveira ACV. Síndrome de Wolff-Parkinson-White: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2020. abr.; 47:e3142.
12. Banankhah P, Fishbein GA, Dota A, et al. Cardiac manifestation of PRKAG mutation. *BMC Med Genet*. 2018. jan.; 19:1.
13. Boissonnas RA, Guttmann S. Synthèse d'analogues de l'oxytocine et de la lysine-vasopressine contenant de la phénylalanine ou de la tyrosine en positions 2 et 3. *HCA*. 1960; 43(26): 190-200.
14. Cáceres MTF, Ludovice ASPP, Brito FS, et al. Efeito de anestésicos locais com e sem vasoconstritor em pacientes com arritmias ventriculares. *Arq. Bras. Cardiol*. 2018. fev.; 91(3): 142-147.
15. Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, et al. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American heart association: a guideline from the American heart association rheumatic fever, endocarditis, and Kawasaki disease committee, council on cardiovascular disease in the young, and the council on clinical cardiology, council on cardiovascular surgery and anesthesia, and the quality of care and outcomes research interdisciplinary working group. *The Journal of American Dental Association*. 2007. jan.; 116(15): 1736-1754.
16. Nascimento EM, Santos MF, Pinto TCA, et al. Abordagem odontológica de pacientes com risco de endocardite: um estudo de intervenção. *Odonto*. 2010. out.;