

# Cirurgia Oral em Pacientes sob Terapia com Anticoagulantes Orais: Revisão da Literatura e Apresentação de Dois Casos Clínicos

Felipe Moura Araujo\*; Marcos Vinicius do Nascimento Lopes\*; Rodrigo López Alvarenga\*\*; Graziella López Alvarenga\*\*\*; Leandro Napier de Souza\*\*\*\*

\*Aluno do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil, \*\* Cirurgião-Dentista pelo Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil, \*\*\* Farmacêutica pela Universidade de Granada, Espanha, \*\*\*\* Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Mestre e Doutorando em Estomatologia pela UFMG. Professor Adjunto de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Brasil.

[Araujo FM, Lopes MVN, López Alvarenga R, López Alvarenga G, Souza LN. Cirurgia Oral em Pacientes sob Terapia com Anticoagulantes Orais: Revisão da Literatura e Apresentação de Dois Casos Clínicos. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac 2010;51:219-224]

## Key-words:

Oral anticoagulants;  
Oral surgery;  
Haemostatic procedures;  
Anticoagulation therapy

## Palavras Chave:

Anticoagulante oral;  
Cirurgias orais;  
Conduas hemostáticas;  
Terapia anticoagulante

**Abstract:** The treatment of patients under oral anticoagulation and undergoing oral surgery procedures remains controversial. The current professional practice recommends suspension or reduction of the dosage of anticoagulants, but recent studies emphasize that this behavior causes a greater risk to the patient. In such a way, this paper aims to review the literature concerning pre, per and post operator care in patients receiving continuous oral anticoagulants and undergoing oral surgery as well as report of two cases.

**Resumo:** O tratamento de pacientes que fazem terapia medicamentosa contínua com anticoagulantes orais e que irão se submeter a procedimentos cirúrgicos permanece controverso. A maioria dos profissionais recomenda suspender ou diminuir a dosagem dos anticoagulantes, mas trabalhos recentes mostram que esta conduta causa um risco maior ao paciente. Desta forma, este trabalho tem por objectivo realizar uma revisão de literatura sobre as condutas pré, trans e pós-operatórias em pacientes que utilizam anticoagulantes orais e que se submetem a cirurgias orais, bem como relatar 02 casos clínicos-cirúrgicos.

## INTRODUÇÃO

Problemas sistémicos como embolia pulmonar, fibrilação atrial, válvula cardíaca artificial, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda ou arterial, enfarte agudo do miocárdio, entre outras patologias sistémicas, estão na base do tratamento profilático com anticoagulantes<sup>(1-6)</sup>. Sua administração pode ser feita por via endovenosa, oral e subcutânea como tratamento profilático de distúrbios tromboembólicos, sendo ineficazes quando há trombos já formados<sup>(7,8)</sup>.

A varfarina é o anticoagulante oral mais utilizado em todo mundo<sup>(9,10)</sup>, sendo que na América do Norte, por exemplo, mais de quatro milhões de pacientes fazem uso deste medicamento. O tempo de meia-vida plasmática da varfarina é de aproximadamente

37 horas e seu efeito resulta predominantemente na redução do factor II da coagulação, a protrombina<sup>(1,4)</sup>.

O crescimento do número de indivíduos submetidos a esta terapêutica reflecte-se nos consultórios médico-dentários, uma vez que as cirurgias orais são procedimentos comuns, em especial, as extracções dentárias<sup>(11)</sup>. Perante este quadro epidemiológico, existem opiniões controversas tanto na área médica como na medico-dentária, em como realizar um tratamento dentário cirúrgico em pacientes sob o tratamento com anticoagulantes.

A conduta mais utilizada há vários anos é de que a dosagem do medicamento deveria ser interrompida ou reduzida alguns dias antes da cirurgia<sup>(12)</sup>. Em uma pesquisa, constatou-

## Correspondência para:

Leandro Napier de Souza  
E-mail: napier@lifecenter.com.br

-se que mais de 70% dos médicos entrevistados orientam a interrupção do tratamento para a maioria dos procedimentos dentários<sup>(13)</sup>. No entanto, hoje em dia, alguns autores sugerem a realização do procedimento sem qualquer interrupção ou modificação do tratamento, mas com ênfase em medidas preventivas e de hemostasia local<sup>(2,4,9,11,12,14-16)</sup>.

A questão chave a ser discutida entre médicos e médicos dentistas é: suspender ou não a terapia medicamentosa de anticoagulante na realização de procedimentos cirúrgicos bucais e o que deve ser considerado nesta decisão, pois se verifica que esta determinação parece não ser baseada em dados científicos e sim, em mitos<sup>(16)</sup>.

No passado, alguns autores propuseram que o tratamento anticoagulante deveria ser interrompido 2 a 6 dias antes de extracções dentárias, argumentando que havia ocorrido hemorragias severas em vários casos. Por outro lado, tem sido relatada a “hipercoagulação rebote” após interrupção da terapia, pois ocorre uma superprodução da protrombina ou activação plaquetária, quando a varfarina é abruptamente interrompida<sup>(17)</sup>.

Em estudo comparativo feito com um grupo de pacientes que continuaram em uso do anticoagulante com outro grupo que interrompeu o tratamento ou que a dose foi alterada, mostrou que ocorreu pequeno sangramento em somente 41 dos 210 (19,5%) pacientes que continuaram a fazer uso do medicamento e em 40 dos 212 (18,9%) pacientes que interromperam ou alteraram a dosagem da terapia medicamentosa antes da cirurgia. Concluiu-se que o risco de sangramento não foi significativamente maior para os pacientes que não interromperam ou alteraram a dosagem do medicamento. Embora a maioria dos pacientes não tenha apresentado efeitos adversos como resultado da interrupção da terapia de anticoagulante, Wahl<sup>(16)</sup> constatou, na sua revisão bibliográfica, uma complicação severa e quatro óbitos devido a tromboembolismo.

Wahl<sup>(16)</sup> confirma esta tese, reafirmando que as complicações hemorrágicas são passíveis de ocorrer numa frequência três vezes menor quando interrompido o regime de terapia anticoagulante, se comparada ao risco de complicações embólicas observadas em pacientes nos quais não se suspendeu o tratamento. Os pacientes são expostos ao desenvolvimento de tromboembolismo, de enfarte do miocárdio e de acidentes cérebro-vasculares, pois após a interrupção do uso dos anticoagulantes orais, se instala uma hipercoagulação que gera quadro de trombose<sup>(18,15)</sup>.

Diante dessa despadrão e da incerteza de qual a melhor conduta a seguir em pacientes anticoagulados, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Comité Internacional

sobre Trombose e Hemostasia e o Comité para a Padronização em Hematologia recomendaram a adopção de um sistema uniforme chamado de *International Normalized Ratio* (INR)<sup>(8)</sup>. O teste de INR foi instituído em 1983 para padronizar o valor calculado, a partir da relação entre o tempo de protrombina (PT) do paciente e a média do intervalo normal da coagulação. A partir deste valor, há correcção através da multiplicação pelo Índice de Sensibilidade Internacional (ISI), que se baseia em uma avaliação quantitativa da resposta da tromboplastina em comparação com a de referência<sup>(19)</sup>. O valor de referência do INR é 1 e, quanto maior o valor do INR, menor a coagulação sanguínea.

Embora INR não seja um conceito novo, ainda há muita insegurança em relação a este teste. Em uma pesquisa realizada na América do Norte, constatou-se que 73% dos cirurgiões bucomaxilofaciais utilizam o INR como exame, mas apenas 21% confiam apenas neste teste, sendo que a OMS aconselha que somente o INR já é suficiente como exame pré-operatório em pacientes anticoagulados<sup>(8,19)</sup>. O nível de INR varia de acordo com a patologia de base do paciente, mas, de maneira geral, é recomendado um intervalo terapêutico entre 2.0 e 3.5<sup>(20)</sup>.

Para a realização de cirurgia oral em pacientes anticoagulados deve-se levar em consideração o procedimento que será realizado. Alguns autores sugerem valores de INR considerados apropriados para alguns procedimentos<sup>(20)</sup>:

- Remoção de um único dente ou quando a hemorragia esperada é mínima, é indicado INR até 4.0;
- Para caso de hemorragia moderada, cirurgia de terceiros molares ou exodontias múltiplas, INR aceitável de até 3.5;
- Casos em que hemorragia maior é esperada, recomenda-se INR menor que 3.0;
- Não realizar qualquer tipo de procedimento, se INR acima de 5.0.

Blinder *et al.*<sup>(11)</sup> e Carter *et al.*<sup>(17)</sup> preocuparam-se em salientar a necessidade de medidas pré, trans e pós-operatórias para o controle hemostático, uma vez que julgam ser inapropriada a suspensão do anticoagulante oral. Em relação à preparação pré-cirúrgica, orienta-se mensurar o valor do INR momentos antes da cirurgia.

Já durante a cirurgia, visa-se a necessidade de aplicação de medidas locais para o controle da hemostasia. É sugerido o seguinte protocolo de controle hemorrágico: pressão local com gaze embebida ou irrigação com 10 mL de ácido tranexâmico (antifibrinolítico local); se esta técnica não obtiver sucesso, realizar uma nova curetagem e aspirar para manter o local mais seco possível. Após este procedimento, aplicar cola de fibrina, recurso este que imita a fase final da coagulação ocor-

rendo a conversão de fibrinogénio em fibrina. Posteriormente, utilizar a esponja de gelatina absorvível e suturas reabsorvíveis (000). Se a hemorragia persistir, deverá ser aplicada uma tala de acrílico. Caso todas estas medidas falharem, recorre-se ao tratamento sistémico, administrando plasma fresco congelado e vitamina K (1mg) por via intravenosa<sup>[9,12,17,20]</sup>.

Além das recomendações rotineiras, pode ser indicada outra medida pós-operatória como o bochecho com ácido tranexâmico durante 2 minutos, 4 vezes ao dia por 7 dias<sup>[17,10]</sup>. É importante prevenir o paciente que, caso a hemorragia continue intensamente, deve voltar a procurar o médico dentista para nova avaliação.

Num estudo realizado com 150 pacientes que foram submetidos ao mesmo protocolo de controle hemorrágico sugerido acima, apenas 13 (8,6%) apresentaram hemorragia pós-operatória<sup>[11]</sup>.

Blinder *et al.*<sup>[12]</sup> relataram uma pesquisa com 249 pacientes em uso normal de anticoagulante que se submeteram a 543 extracções dentárias, que foram divididos em cinco grupos, sendo: Grupo 1, com INR de 1,5-1,99; Grupo 2, com INR de 2,0-2,49; Grupo 3, com INR de 2,5-2,99; Grupo 4 com INR de 3,0-3,49 e Grupo 5, com INR >3,5. O INR foi medido no dia do procedimento e para controle hemostático foram utilizadas a esponja de gelatina absorvível e suturas de seda. No total, 30 pacientes apresentaram hemorragia pós-operatório representando somente 12%: no grupo 1, três pacientes apresentaram hemorragia (5%); no grupo 2, 10 pacientes (12,8%); no grupo 3, nove pacientes (15,2%); no grupo 4, cinco pacientes (16,6%) e no grupo 5, três pacientes (13%). A incidência de hemorragia pós-operatório não foi significativamente diferente entre os cinco grupos.

A inexistência de um protocolo médico padronizado e normalizado nas situações de pacientes com terapêutica anticoagulante oral, faz com que seja importante o diálogo entre o médico assistente e o médico dentista, sobre a conduta pré e pós-cirúrgica no acto médico-dentário a realizar no paciente. Contudo, não é esta a prática clínica diária, observando-se um grande número de profissionais médicos dentistas não opinarem e acreditarem que a decisão médica é irrevogável<sup>[14]</sup>.

Os médicos, quase sempre, tomam decisões erróneas de em qualquer procedimento cirúrgico, suspender a terapia de anticoagulantes. Isto ocorre por desconhecerem os procedimentos dentários, não saberem qual o risco hemorrágico de cada cirurgia oral e desconsiderarem outros riscos que podem ser maiores. Portanto, é importante o médico dentista dialogar com o médico, fornecendo dados e evidências científicas que apoiem e justifiquem a suspensão ou não do uso de anticoagulantes<sup>[19]</sup>.

O presente trabalho teve como objectivo realizar uma revisão de literatura sobre cirurgia oral em pacientes sob terapia com anticoagulantes orais e relatar dois casos clínicos-cirúrgicos.

## CASOS CLÍNICOS

### CASO CLÍNICO 1

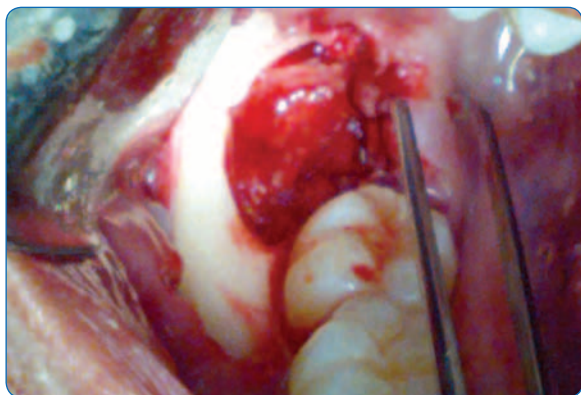
Paciente do género feminino, 22 anos de idade, melanoderma, procurou a clínica do Centro Universitário Newton Paiva com queixa de “dor no dente siso”. A paciente relatou, à anamnese, ser portadora de leve arritmia cardíaca, com história prévia de embolia pulmonar há seis meses e fazer uso de anticoagulante oral varfarina (Marevan®), na dosagem diária de 5mg. Ao exame físico e radiográfico foi constatada a impaction dos dentes 38 e 48 (posição mesio-angulada e classe II B de Pell e Gregory), necessitando assim de exodontia de ambos. Diante do quadro clínico foi solicitado coagulograma, no qual se observou INR de 2.11. Foram então prescritos três comprimidos de dexametasona 4mg, sendo dois para serem administrados 8 horas antes da cirurgia e um uma hora antes.

Após análise do quadro apresentado, optou-se somente por medidas locais para contenção de uma possível hemorragia, não havendo alteração na dosagem do anticoagulante.

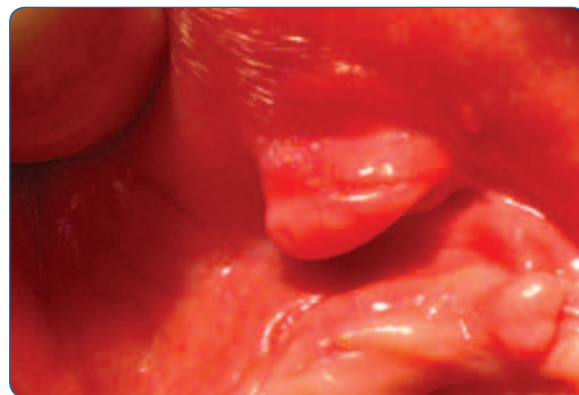
O dente 48 foi removido com o auxílio de osteotomia e odonto-secção sendo aplicada compressão intra-alveolar com gaze humedecida em soro fisiológico por duas vezes, sendo ineficiente no controle do sangramento activo (Figura 1) e necessitando-se da introdução de três esponjas hemostáticas de colagénio absorvível (Hemospon®) com sucesso no controle do sangramento (Figura 2) e suturando-se com seda 3-0. A paciente evoluiu com quadro de alveolite que foi



**Figura 1** - Aspecto intra-operatório após a extração do dente 48, onde se observa uma pequena hemorragia.



**Figura 2** - Aspecto intra-operatório, após a aplicação de medidas locais para o controle da hemostasia.



**Figura 3** - Aspecto clínico intrabucal evidenciando lesão de hiperplasia fibro-epitelial localizada no fundo vestibulo maxilar na região anterior.

tratada com curativo intra-alveolar, tendo a mesma relatado que já havia tido quadro de alveolite após outras exodontias.

Após 15 dias do primeiro procedimento a paciente foi submetida à remoção do dente 38 com osteotomia e odontosecção, sendo aplicada uma compressão com gaze húmida, fazendo com que o sangramento diminuísse, aproximando-se da normalidade. O retalho foi suturado com fio de seda 3.0 e a cicatrização ocorreu dentro da normalidade.

A paciente foi instruída sobre os cuidados pós-operatórios, sendo prescrita dipirona sódica 500mg, dois comprimidos a cada 6 horas, totalizando 16 comprimidos, para ambos os procedimentos cirúrgicos. Nenhuma complicação hemorrágica pós-operatória foi verificada em qualquer dos procedimentos, ocorrendo cicatrização dentro da normalidade.

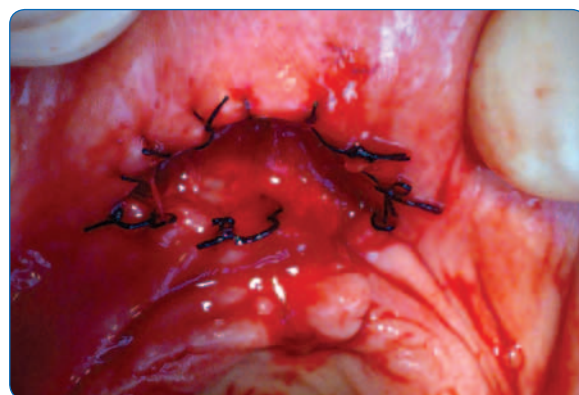
## CASO CLÍNICO 2

Paciente do género feminino, 55 anos de idade, leucoderma, foi encaminhada por um cirurgião dentista para a clínica do Centro Universitário Newton Paiva para remoção de hiperplasia fibro-epitelial localizada no fundo de vestibulo maxilar na região anterior com extensão aproximada de 40 mm x 5 mm provocada por prótese total mal adaptada (Figura 3).

Na anamnese, foi relatada hipertensão arterial, leve arritmia cardíaca e uso diário de anti-hipertensivo captopril (Capoten® 25mg/ dosagem diária de 50mg) e anticoagulante oral varfarina (Coumadin® 1mg/ dosagem diária de 5mg). Diante do quadro clínico foi solicitado coagulograma, no qual se observou INR de 2.9.

Após análise do quadro apresentado, optou-se somente por medidas locais para contenção de uma possível hemorragia, não havendo alteração na dosagem do anticoagulante.

A lesão foi removida através de uma incisão em forma de cunha no pedículo da lesão, comprimindo, em seguida, a ferida cirúrgica cruenta com gaze embebida em soro fisiológico



**Figura 4** - Imagem intra-operatório após a remoção da lesão, onde se observa um leve aumento de hemorragia.

e sutura das margens com fio de seda 4.0, sendo eficiente no controle do sangramento (Figura 4). A cicatrização ocorreu por segunda intenção, uma vez que a sutura não foi realizada com aproximação das bordas cirúrgicas para não ocorrer encurtamento da profundidade do vestibulo.

A paciente foi instruída sobre os cuidados pós-operatórios, sendo prescrita Dipirona sódica 500mg, um comprimido a cada 6 horas, totalizando 8 comprimidos. Nenhuma complicação hemorrágica pós-operatória foi verificada, ocorrendo cicatrização dentro da normalidade.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Constatou-se na revisão literária realizada que o indicado pelos artigos mais actuais é a não interrupção da terapêutica anticoagulante oral, desde que o INR do paciente esteja apropriado para a realização do procedimento cirúrgico. Vários trabalhos foram publicados comprovando que medidas pré, trans e pós-operatórias são eficazes, uma vez que a suspen-

são do medicamento causa risco maior ao paciente devido à possibilidade de formação de trombo<sup>(1,12,15)</sup>.

Obviamente, para a tomada de decisão mais correcta, deve-se também levar em consideração os factores que aumentam o risco hemorrágico em doentes sob efeito de anticoagulação como a potência do anticoagulante, características do doente (patologias associadas, idade, relatos anteriores de hemorragias, hábitos alimentares, etilismo e tabagismo), utilização concomitante de fármacos que interferem na hemostasia e, duração do tratamento com anti-coagulante, pois existe um risco maior no período inicial da terapêutica (até 90 dias)<sup>(10)</sup>.

Desta forma, foram propostos protocolos de contenção hemorrágica para minimizar os riscos de possível hemorragia e várias pesquisas comprovaram a eficiência dos mesmos. Para o sucesso do protocolo instituído torna-se necessário um exame clínico minucioso, a fim de proporcionar uma abordagem sistémica do paciente<sup>(11)</sup>.

No tratamento dos casos clínicos relatados, foram seguidas todas as etapas recomendadas. Após anamneses detalhadas e exames clínicos apropriados, foram analisados os valores de INR que se encontravam dentro dos parâmetros considerados apropriados para as cirurgias propostas. Assim, não foi sugerida a suspensão do uso de anticoagulante oral nos dois casos<sup>(4)</sup>.

No caso clínico 1, a cirurgia do dente 38 transcorreu como esperado, não havendo necessidade de utilizar o ácido tranex-

xâmico, pois o quadro hemorrágico não foi tão acentuado, sendo empregada apenas gaze humedecida em soro para conter o pequeno sangramento, algo comum em cirurgias deste porte. Já na cirurgia do dente 48, foi necessária a utilização de esponjas hemostáticas de colagénio absorvível pela sua capacidade de absorção de fluido, diminuindo o quadro hemorrágico e promovendo a manutenção do coagulo no alvéolo, além do seu preço acessível<sup>(15)</sup>.

No caso clínico 2, a cirurgia para remoção da lesão transcorreu como esperado, pois o quadro hemorrágico não foi acentuado, sendo empregada apenas gaze humedecida em soro, comprimindo a área cruenta e sutura das bordas, com finalidade hemostática.

Verificou-se que com uma anamnese minuciosa e plano de tratamento adequado, não há necessidade de se interromper ou diminuir a dosagem do anticoagulante, salvo procedimentos muito invasivos e valores de INR inadequados ao procedimento. Sendo assim, a necessidade de se conhecer as manobras hemostáticas locais são evidentes.

Pode-se comprovar que com a utilização de todas as medidas pré, trans e pós-operatórias recomendadas para os casos, o procedimento cirúrgico teve total sucesso, sem nenhum comprometimento ao paciente. Portanto, sugere-se ao médico dentista que avalie cada caso e discuta com o médico responsável pela prescrição do medicamento anticoagulante, sempre tendo em mente e optando pelo procedimento que tenha uma relação risco-benefício positiva para o paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 – Aframian D, Lalla R, Peterson D. Management of dental patients taking common hemostasis altering medications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:1-11.
- 2 – Linnebur SA, Ellis SL, Astroth JD. Educational Practices Regarding Anticoagulation and Dental Procedures in U.S. Dental Schools. *J Dent Educ* 2007; 71:296-303.
- 3 – Lourenço DM, Lopes LHC, Vignal CV, Morelli VM. Avaliação clínica e laboratorial de pacientes em uso de anticoagulantes orais. *Arq Bras Cardiol* 1997;68:353-356.
- 4 – Nematullah A, Alabousi A, Blanas N, Douketis JD, Sutherland SE. Dental Surgery for Patients on Anticoagulant Therapy with Warfarin: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Can Dent Assoc* 2009;75:41.
- 5 – Souto JC, Oliver A, Zuazu-Jausoro I, Vives A, Fontcubertas J. Oral Surgery in Anticoagulated Patients without Reducing the Dose of Oral Anticoagulant: A Prospective Randomized Study. *J Oral Maxillofac Surg* 1996;54:27-32.
- 6 – Lourenço DM, Morelli VM, VIGNAL CV. Tratamento de superdosagem de anticoagulantes orais. *Arq Bras Cardiol* 1997;70:9-13.
- 7 – Barreira R, Ribeiro J, Farinha M, Martins R, Rodrigues I, Mendes Z, Crespo F. Monitorização da terapêutica com anticoagulantes orais. Consulta de anticoagulação vs médico assistente. *Acta Med Port* 2004;17:413-416.
- 8 – Duailibi SE, Campos VF, Capp PL, Duailib MT. Exodontia em paciente valvopata sob uso de medicação anticoagulante relato de caso clinico. *J Bra Clin Odont Integrada* 2002;6:295-297.

- 9 - Al-Belasy FA, Amer M Z. Hemostatic Effect of n-Butyl-2-Cyanoacrylate (Histoacryl) Glue in Warfarin-Treated Patients Undergoing Oral Surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1405-1409.
- 10 - Marques MS, Almeida AP, Lopes MG. A Terapêutica Anticoagulante em Cirurgia Oral. *Rev Port Estomat Med Dent Cir Maxilofacial* 2005;46:31-36.
- 11 - Blinder D, Manor Y, Martinowitz U, Taicher S. Dental extractions in patients maintained on continued oral anticoagulant. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;88:137-140.
- 12 - Blinder D, Manor Y, Martinowitz U, Taicher S. Dental extractions in patients maintained on oral anticoagulant therapy: Comparison of INR value with occurrence of postoperative bleeding. *J Oral Maxillofac Surg* 2001;30:518-521.
- 13 - Wahl MJ, Howell J. Altering anticoagulation therapy; a survey of physicians. *J Am Dent Assoc* 1996;127:625-626.
- 14 - Bayne D, Brennan P. Warfarin therapy adjustment for oral surgery is an unnecessary risk. *Arch Inter Med* 2008;168:1932-1933.
- 15 - Kreisner PE, Ferreira AGM, Heitz C, Woitunas GFP, Martins CAM. Procedimento cirúrgicos em pacientes que fazem uso de ácido acetilsalicílico ou anticoagulantes orais. *Rev Fac Odont Univ Passo Fundo* 2003; 8:22-27.
- 16 - Wahl M. Myths of dental surgery in patients receiving anticoagulant therapy. *J Am Dent Assoc* 2000;131:77-81.
- 17 - Carter G, Goss A, Lloyd J. Tranexamic Acid Mouthwash Versus Autologous Fibrin Glue in Patients Taking Warfarin Undergoing Dental Extractions: A Randomized Prospective Clinical Study. *J Oral Maxillofac Surg* 2003;61:1432-1435.
- 18 - António N, Castro G, Ramos D, Machado A, Gonçalves L, Macedo T, Providência LA. Controvérsias na anticoagulação oral: continuar ou interromper os anticoagulantes orais durante a intervenção estomatológica?. *Rev Port Cardiol* 2008; 27:531-544.
- 19 - Sacco DS. Update on coagulopathies. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2000;90:559-563.
- 20 - Dantas AK, Deboni MCZ, Piratininga JL. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. *Rev Bra Hematol Hemoter* 2009;31:337-340.