

Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand

Dental care in patients with Hemophilia and von Willebrand Disease

Rogério Vera Cruz Ferro Marques¹, Daniele Meira Conde¹, Fernanda Ferreira Lopes², Cláudia Maria Coelho Alves²

RESUMO

Os pacientes com transtornos de coagulação sanguínea constituem um grupo que requer atenção e cuidados especiais na prática odontológica. A hemofilia e a doença de von Willebrand são as mais comuns das coagulopatias hereditárias e devem ser detectadas antes que qualquer tratamento odontológico seja realizado. Uma boa anamnese, associada a um bom exame físico e bucal podem ajudar na detecção dessas patologias. O cirurgião-dentista deve estar preparado para oferecer o tratamento adequado a esses pacientes, o qual depende da severidade da doença e do tipo de procedimento a ser realizado. Procedimentos menos invasivos geralmente não necessitam de cuidados especiais e podem ser realizados rotineiramente, desde que alguns cuidados básicos sejam tomados. Cirurgias e técnicas anestésicas de bloqueio do nervo alveolar inferior devem ser realizadas com maior precaução, a fim de minimizar os riscos de sangramento e outras complicações. O hematologista deve ser consultado sempre que qualquer tratamento invasivo for planejado.

Descritores: Transtornos da coagulação sanguínea. Hemofilia A. Doenças de von Willebrand.

INTRODUÇÃO

Os pacientes com coagulopatias podem negligenciar sua saúde bucal devido ao medo de sangrar durante a escovação dental e o uso do fio dental. Tal negligência pode aumentar o risco de gengivite, periodontite e cárie. Os profissionais de Odontologia devem estar cientes do impacto das desordens sanguíneas no tratamento dental dos seus pacientes, visto que os cuidados profiláticos, restauradores e cirúrgicos dos pacientes com coagulopatias são mais bem realizados pelos clínicos que têm conhecimento sobre a patologia, as complicações e as opções do tratamento associadas com estas circunstâncias. O reconhecimento inicial de uma desordem sanguínea, que possa indicar a presença de um processo patológico sistêmico, pode ocorrer durante a prática dental¹.

É importante que o cirurgião-dentista realize uma boa anamnese, além de uma boa avaliação clínica do paciente. Uma vez que desconfie de algo, deve solicitar exames hematológicos (hemograma

e, principalmente, coagulograma) ao paciente antes de realizar qualquer tratamento. De posse dos resultados, na observância de algum padrão de anormalidade, o paciente deve ser imediatamente encaminhado a um hematologista².

Pacientes portadores de coagulopatias hereditárias, tais como hemofilia e doença de von Willebrand, apresentam alto risco de sangramento na cavidade bucal, principalmente após procedimentos cirúrgicos ou traumas mucosos. Dessa forma, alguns cuidados devem ser seguidos, tais como: uso cuidadoso de sugadores e de bomba a vácuo, a fim de evitar lesões nas mucosas com risco de formação de hematomas; nas moldagens para confecção de próteses ter cuidado com formação de vácuo, principalmente em palato mole; durante o raio-X periapical, proteger as bordas da película radiográfica, principalmente quando for radiografar região mandibular; utilizar isolamento absoluto, principalmente como meio de proteção às mucosas^{3,4}.

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

²Departamento de Odontologia II, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís, MA, Brasil

Contato: rm20@ig.com.br, danielconde@hotmail.com, fernanda.f.lopes@bol.com.br, cmcoelho@gmail.com

Muitos cirurgiões-dentistas desconhecem os cuidados necessários durante o tratamento odontológico desses pacientes. O presente trabalho tem por objetivo apresentar aos profissionais de Odontologia, através da revisão de literatura, as principais coagulopatias hereditárias e suas manifestações clínicas, bem como seus impactos durante o atendimento odontológico

REVISÃO DA LITERATURA

Coagulopatias hereditárias

As coagulopatias hereditárias são doenças hemorrágicas resultantes de deficiência quantitativa e/ou qualitativa de uma ou mais proteínas plasmáticas (fatores da coagulação). Dentre elas, as mais comuns são a hemofilia e a doença de von Willebrand (DVW)³.

A hemofilia é um distúrbio genético marcado por um sangramento prolongado causado pela diminuição ou ausência de um dos fatores de coagulação necessários para formação do coágulo sanguíneo. A doença, causada pela deficiência do gene que modifica a habilidade do organismo para produzir fatores suficientes que gerem a coagulação, afeta, aproximadamente, em uma a cada oito mil pessoas⁵. As duas formas mais comuns são a hemofilia A, caracterizada pela deficiência quantitativa do fator VIII, também conhecida como hemofilia clássica; e a hemofilia B, ou doença de Christmas, caracterizada deficiência quantitativa do fator IX⁶.

A hemofilia A é um distúrbio ligado aos genes do cromossomo X. As mulheres carregam caracteristicamente o traço, mas a doença se manifesta principalmente em homens⁷. A hemofilia B também está associada ao cromossomo X, porém a deficiência é carregada tanto pelo homem quanto pela mulher, sendo sua incidência variável⁸.

A gravidade da doença depende da extensão da deficiência do fator de coagulação⁷. Os pacientes com uma concentração do fator inferior a 1% apresentam hemofilia severa, com episódios de hemorragias espontâneas ou após lesões mínimas e hemorragias em articulações e músculos, que trazem como consequência alterações funcionais dos membros. Quando a concentração está entre 1% e 5% apresentam hemofilia moderada, onde hemorragias espontâneas e hemoartroses são ocasionais. Quando a concentração do fator está entre 6% e 25%, a hemofilia é classificada como leve e se caracteriza por ocasionar hemorragias severas após cirurgias menores⁹.

A base do tratamento, nos episódios hemorrágicos, é a terapia de reposição da substância faltante, o fator de coagulação. Localmente utiliza-

se também o selante de fibrina (SF), o qual mimetiza a via final de coagulação, na forma preconizada pelo fabricante, no alvéolo dentário, seguido de sutura obliterante para obtenção da hemostasia. Outras substâncias hemostáticas coadjuvantes podem ser utilizadas no local, de acordo com a necessidade⁶.

A doença de von Willebrand (DvW) é um distúrbio hemorrágico hereditário, em que há anormalidade no fator de von Willebrand (fator vW)^{7,10}. É considerado o mais comum dos distúrbios hemorrágicos com prevalência estimada entre 1% e 3% da população. Os pacientes portadores deste distúrbio de hemostasia podem apresentar diferentes manifestações clínicas, com sinais e sintomas variáveis¹⁰. A doença é classificada do tipo I ao tipo IV, podendo variar na severidade¹.

Indivíduos com doença de von Willebrand possuem uma tendência para hematomas fáceis, epistaxes frequentes e menorragia. O diagnóstico exige um bom nível de suspeição, uma vez que, as formas clínicas mais leves são as mais comuns. Além do exame clínico, alguns exames complementares são bastante úteis para confirmar a presença da doença e classificar seu nível de gravidade. Pequenas hemorragias, tais como pequenos hematomas ou uma breve epistaxe, não requerem tratamento específico. Em eventos hemorrágicos mais severos, podem ser utilizados medicamentos capazes de elevar os níveis do fator vW e, assim, limitar o sangramento¹¹.

Atualmente, a desmopressina é o principal fármaco empregado para pacientes com DvW leve^{1,9,12,13}. Os concentrados do fator FVIII são indicados para tratar todas as formas hereditárias da doença de vW^{9,12,13} inclusive as formas mais severas¹.

O tratamento dos pacientes com desordens sanguíneas depende da severidade da doença e do tipo de procedimento a ser realizado. Se o procedimento for pouco invasivo e o paciente tiver uma desordem sanguínea suave, apenas ligeira ou nenhuma modificação irá ocorrer. Nos pacientes com desordens sanguíneas severas, o objetivo é minimizar o risco do paciente, restaurando o sistema hemostático aos níveis aceitáveis e mantendo a hemostasia por métodos locais e adjuvantes. O hematologista deve ser consultado antes que qualquer tratamento invasivo seja realizado¹.

Abordagem odontológica aos portadores de coagulopatias

Escolha dos medicamentos

O controle da dor de origem odontológica nos pacientes portadores de coagulopatias deve ser feito com derivados de paracetamol ou dipirona. A

aspirina e seus derivados são contra-indicados em função de sua atividade inibitória da agregação plaquetária. O uso de anti-inflamatórios nesses pacientes deve ser restrito, em função de suas atividades anti-agregantes, devendo o hematologista ser consultado antes da sua prescrição^{3,4}.

Técnica anestésica

Sempre que possível, a anestesia troncular deve ser evitada, dando-se preferência às anestésias infiltrativas, intrapulpar e intraligamentar. As técnicas alternativas, tais como sedação com diazepam ou a analgesia com óxido nitroso podem ser empregadas para reduzir ou eliminar a necessidade de anestesia¹.

Não há nenhuma limitação a respeito do tipo de anestésico local usado, embora aqueles com vasoconstrictores possam fornecer hemostasia local adicional. É importante informar aos pacientes e pais das crianças sobre os riscos do trauma oral local antes do final do efeito anestésico⁴.

A formação de hematomas decorrentes das técnicas anestésicas infiltrativas é rara, entretanto, caso venha a ocorrer, deve-se usar gelo macerado em recipiente apropriado que deve ser mantido no local por 20 minutos, com intervalos de 20 minutos de repouso, durante as primeiras 24 horas. Em relação à técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior, recomenda-se que sua utilização seja precedida por reposição dos fatores de coagulação, a fim de se elevar o fator deficiente a 30%. Esta recomendação é feita devido à possibilidade de sangramento na região retromolar, com presença de trismo e risco de asfixia. A prescrição dos fatores de coagulação deve ser feita exclusivamente pelo médico hematologista e, sempre que possível, após discussão do caso com o cirurgião-dentista responsável³.

Periodontia

A saúde periodontal é de grande importância nos pacientes com distúrbios sanguíneos, pois os tecidos gengivais inflamados e hiperêmicos apresentam maior risco de sangramento. Periodontites podem causar mobilidade dentária e necessidade de extração, que pode ser um procedimento complicado nestes pacientes. A sondagem periodontal, raspagem e alisamento supragengival podem ser feitos normalmente sem o risco de sangramento significativo. A recolocação do fator é raramente necessária para a raspagem e alisamento radicular subgengival, caso estes procedimentos sejam feitos com cuidado, sendo que a instrumentação ultra-sônica pode resultar em menos trauma do tecido periodontal¹.

Se a higiene bucal for deficiente, o tratamento deve começar o mais cedo possível, para

impedir danos adicionais aos tecidos periodontais. Nos casos de doença periodontal severa, é recomendado realizar inicialmente uma raspagem supragengival juntamente com instrução de higiene bucal. A raspagem subgengival pode ser feita assim que a inflamação tiver diminuído. A cirurgia periodontal só deve ser indicada quando tratamento conservador não obtiver sucesso, pois este procedimento deve ser cuidadosamente planejado e os riscos inteiramente explicados ao paciente⁴.

Eventuais sangramentos causados por raspagem podem ser controlados localmente com compressão de gaze embebida em antifibrinolíticos, bolinhas de algodão embebidas em ácido tricloroacético (ATA) a 10%, cimento cirúrgico e, se necessário, a administração de antifibrinolítico via oral. Os procedimentos cirúrgicos periodontais em pacientes portadores de coagulopatias devem ser considerados como procedimentos com elevado risco de sangramento. Portanto, há necessidade do preparo prévio do paciente, com indicação de reposição dos fatores de coagulação e da associação de antifibrinolíticos. Nesses casos, meios hemostáticos locais, tais como SF, cimento cirúrgico e outros devem ser indicados³.

Dentística

Os procedimentos restauradores geralmente não causam risco significativo de sangramento. Deve-se ter cuidado ao utilizar diques de borracha, grampos, matrizes e cunhas de madeira para evitar ferimentos gengivais; assim como sugadores de saliva e a sucção de alta velocidade, pois podem ferir a mucosa no assoalho bucal e causar hematoma ou equimose¹.

O isolamento do campo operatório protege os tecidos de lesões causadas por instrumentos cortantes de alta velocidade, especialmente em crianças. Além disso, o dique de borracha afasta os lábios, as bochechas e a língua e os protege de qualquer laceração⁹.

Pequenos sangramentos provenientes da colocação de matrizes ou cunhas de madeira podem ser controlados com compressão local, água fria e ATA a 20%. Fio retrátil embebido em solução hemostática pode ser usado na retração da mucosa quando da presença de lesões cariosas subgengivais ou mesmo para conter pequenos sangramentos³.

Endodontia

A terapia endodôntica geralmente não causa grande risco de sangramento e pode ser executada rotineiramente, devendo ser preferida à extração sempre que possível nestes pacientes¹. No tratamento endodôntico não há necessidade de

reposição dos fatores de coagulação, a não ser nos casos onde a técnica anestésica do bloqueio do alveolar inferior seja necessária³.

Nos casos de pulpectomia é importante que o procedimento seja realizado cuidadosamente, com o comprimento de trabalho do canal radicular calculado, para assegurar de que os instrumentos não passem através do ápice. A presença de sangramento no canal é indicativa de tecido pulpar remanescente. O hipoclorito de sódio deve ser usado para irrigação em todos os casos, seguido pelo uso da pasta de hidróxido de cálcio para controlar o sangramento. As substâncias derivadas do formaldeído também podem ser usadas nos casos onde há sangramento persistente ou antes da pulpectomia⁴.

Prótese

Os procedimentos protéticos geralmente não envolvem risco considerável de sangramento. O tecido oral deve ser manejado delicadamente durante os vários estágios clínicos de confecção das próteses para reduzir o risco da equimose. É necessário que se faça um ajuste cuidadoso para reduzir o trauma aos tecidos moles¹. Se uma prótese parcial for indicada, é importante que a saúde periodontal dos dentes remanescentes seja mantida⁴.

Ortodontia

Não há contra-indicações para o tratamento ortodôntico em pacientes portadores de coagulopatias. A terapia ortodôntica pode ser realizada sem complicações de sangramento, embora cuidado deva ser tomado na colocação de bandas subgingivais e braquetes para que não haja trauma nos tecidos moles. Os pacientes devem ser instruídos a manter uma boa higiene bucal¹.

Cirurgia

A cirurgia oral em pacientes com coagulopatias só deve ser realizada se for indispensável¹⁴, uma vez que, os procedimentos cirúrgicos oferecem grande risco de sangramento, sendo necessárias as precauções de segurança. O médico do paciente deve ser consultado antes que qualquer tratamento seja executado e o fator risco-benefício deve ser avaliado. Pacientes com doença severa devem ser tratados em centros especializados¹.

Recomendações de extração de terceiros molares devem ser consideradas como procedimento de alto risco de sangramento, com indicação de reposição prévia de concentrados de fatores de coagulação. Portanto, essa recomendação deve ser cuidadosamente avaliada juntamente com o

hematologista responsável³.

É de fundamental importância que o procedimento cirúrgico seja realizado por um profissional capacitado ou que este seja realizado sob sua supervisão, para que as possíveis intercorrências possam ser devidamente diagnosticadas e tratadas. Deve-se recomendar antifibrinolítico (ácido tranexâmico ou ácido épsilon amono-capróico), via oral, com início pelo menos 24 horas antes do procedimento cirúrgico e manutenção do mesmo durante pelo menos sete dias. Não há contra-indicações do uso de antifibrinolítico local e a indicação do uso sistêmico deve ser feita juntamente com o hematologista. Após extração dentária, o SF deve ser colocado dentro do alvéolo dentário de forma a preenchê-lo completamente. A sutura deve ser sempre feita, mesmo nos casos de extrações de decíduos³.

CONCLUSÃO

Os pacientes com coagulopatias podem ser submetidos a qualquer procedimento odontológico, desde que sejam tomados os cuidados necessários. O tratamento desses pacientes deve ser sempre bem planejado pelo cirurgião-dentista em conjunto com o hematologista, visando maior segurança e conforto ao paciente e à equipe profissional. Para isso, é imprescindível que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das diversas patologias hemorrágicas existentes, bem como das manifestações clínicas e possíveis complicações por elas apresentadas.

ABSTRACT

Patients with blood coagulation disorders constitute a group that requires attention and special care in dental practices. Hemophilia and the von Willebrand diseases are the most common of all hereditary blood coagulation disorders and must be detected before conducting any dental treatment. Good medical history, associated with a good physical and oral examination, can help in the detection of these pathologies. The dentist must be prepared to offer the most appropriate treatment option to these patients, which depends on the severity of the disease and the type of procedure to be carried out. Generally, less invasive procedures do not require special care, so long as some basic procedures are taken. Surgeries and anesthesia techniques to block the inferior alveolar nerve must be performed with great precaution so as to minimize the risks of bleeding and other complications. A hematologist must be consulted whenever any invasive treatment is planned.

Uniterms: Blood coagulation disorders. Hemophilia A. von Willebrand diseases.

REFERÊNCIAS

1. Gupta A, Epstein JB, Cabay RJ. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. *J Am Dent Assoc.* 2007; 73:77-83.
2. Corrêa CA, Santos EG, Machado JS, et al. Hemofilia: aspectos de interesse para a Odontologia. [Periódico na Internet]. [Acesso em 2007 Abr 04]. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=486>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. World Federation of Hemophilia Dental Committee. Guidelines for dental treatment of patients with inherited bleeding disorders. World Federation of Hemophilia. 2006.
5. Saraceni JR, Armonia PL. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Médica; 1981.
6. Mazzoni A. Conduta odontológica para atendimento de pacientes hemofílicos. *JAPCD.* [Periódico na Internet]. [Acesso em 2007 Abr 04]. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/>
7. Shapiro AD, McKown CG. Oral management of patients with bleeding disorders. Part 1: Medical considerations. *J Indiana Dent Assoc.* 1991; 70:28-31.
8. Katz JO, Terezhalmay GT. Dental management of the patient with hemophilia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1988; 66:139-44.
9. Socorro CB, Urdaneta MB, Granadillo SP, Faria MB. Hematologia. Manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos: una revisión. *Ciencia Odont.* 2004; 1:60-70.
10. Faverani LP, Jardim ECG, Queiroz TP, et al. Doença de von Willebrand: abordagem multidisciplinar. *ROU.* [Periódico na Internet]. [Acesso em 2007 Abr 02]. Disponível em: http://rou.hostcentral.com.br/revistas/vol_035/especial/010.pdf
11. Bibliomed Inc Doença de von Willebrand: exames complementares e abordagem terapêutica. [Periódico na Internet]. [Acesso em 2007 Abr 02]. Disponível em: www.espacorealmedico.com.br/index_internas.htm?sUrl=http://www.espacorealmedico.com.br/informacoes/artigos/clinica/artigos/200407/tp1_Artigo_log7678.shtm
12. Sadler JE. A revised classification of von Willebrand disease. *Thromb Haemost.* 1994, 71:520-5.
13. Growe G, Akabuto J, Ritchie B. Hemophilia and von Willebrand disease: 2 Management. *CMAJ.* 1995; 153:147-57.
14. Arteaga-Vizcaino M, Diez-Ewald M, Vizcaino G, et al. Actividad fibrinolítica del fluido gingival en pacientes hemofílicos. *Invest Clin.* 1991; 32:123-9.

Recebido em 20/02/2008 – Aceito em 24/03/2008

Autor correspondente:

Rogério Vera Cruz Ferro Marques
Av. Colares Moreira, 08/ 203- Renascença I
CEP: 65075-441 - São Luís, MA
e-mail: rm20@ig.com.br