

Tratamento Periodontal de Paciente Hemofílico

Periodontal Treatment of Hemophilia Patient

SEVERINO CELESTINO DA SILVA¹
ENNYO SOBRAL CRISPIM DA SILVA²
KAUÊ TAVARES MENEZES³
RONALDO LIRA JÚNIOR⁴
ROBERTO LIRA DE BRITO⁵

RESUMO

Este trabalho apresenta um caso clínico sobre tratamento periodontal em pacientes hemofílicos. Os autores descrevem um caso clínico de um paciente jovem portador de deficiência do fator VIII da coagulação que após controlada, com a inoculação do fator VIII, pelo hematologista, foi submetido a uma gengivectomia na maxila. O caso evoluiu favoravelmente devido ao controle sistêmico através da reposição do fator VIII. Ficou demonstrado, através deste caso e do que recomenda a literatura, que qualquer paciente portador de deficiência de coagulação pode ser submetido a tratamento periodontal desde que esteja controlado.

DESCRIPTORIOS

Pacientes hemofílicos Gengivectomia. Tratamento periodontal.

SUMMARY

This report presents a case report about periodontal treatment in haemophilia patient. The author describes the treatment of a young patient with factor VIII disorder that was controlled by the hematologist using the intra-venous factor VIII before a gingivectomy technique. The patient had a satisfactory recovery after the surgery. It is shown, by this case report and the literature, that any patient with congenital coagulation disorders can be submitted to oral surgery if the disorder is controlled.

DESCRIPTORS

Haemophilia patient. Gingivectomy technique. Oral surgery.

1 Professor Associado do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil
2 Doutorando em Periodontia na Universidade Guarulhos (UnG-SP) Guarulhos/SP, Brasil.
3 Cirurgião-Dentista
4 Graduando em Odontologia na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
5 Professor Associado do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.

As preocupações com a atenção voltada para o conforto do paciente, compreensão do ser humano como um todo e a educação preventiva vem revelando uma nova face aos cursos de saúde. E essas exigências atuais tornam de importante que o médico moderno saiba como agir frente à pacientes com infecções periodontais e que o cirurgião-dentista esteja preparado para restabelecer o estado de saúde e para a possibilidade de envolvimento sistêmico (MONTEIRO, ROSA, 2008).

A atuação conjunta realça o cuidado odontológico diferenciado, melhorando-o nos indivíduos identificados em risco, oferecendo inovações e evidências baseadas em estratégias dos cuidados médicos. Essa união favorece a ação perante indivíduos sistematicamente comprometidos, principalmente em nações desenvolvidas (AZHAR, YAZDANIE, MUHAMMAD, 2006). Desta maneira, as coagulopatias hereditárias como a hemofilia e a doença de Von Willebrand (DVW) geram oportunidades para tal interação e benefício para a sociedade.

Hemofilia e suas características foram assuntos de interesse para dentistas nas últimas décadas, centrando-se sobre a consciência da higiene oral e a prevenção inicialmente nos sistemas de avaliação dos pacientes e nos protocolos institucionais que resultaram o controle de tais pacientes mesmo fora dos consultórios (AZHAR, YAZDANIE, MUHAMMAD, 2006).

No Brasil, a participação de cirurgiões-dentistas nas equipes multi-disciplinares de atendimento aos pacientes portadores de coagulopatias hereditárias tem possibilitado que o tratamento odontológico seja ambulatorial, diminuindo consideravelmente as necessidades de reposição de fator (BRASIL, 2005). Neste contexto, o presente trabalho objetiva relatar um caso clínico de tratamento periodontal em paciente hemofílico a partir da interação entre cirurgião-dentista e médico.

O objetivo deste trabalho é trazer uma colaboração à Odontologia sobre o tratamento da doença periodontal em pacientes hemofílicos. O nosso intuito nasceu do fato de existir na literatura periodontal poucos relatos sobre o tema.

É importante salientar que devido a importância e caráter inédito do nosso trabalho, existem pouco material bibliográfico tratando do tema em estudo. Em virtude disto, nos últimos anos não encontramos trabalhos específicos sobre o assunto pesquisado.

REVISTA DA LITERATURA

As doenças periodontais são o resultado da destruição dos tecidos pela ação dos produtos tóxicos liberados na área subgingival pelos periodontopató-

genos específicos, como também pela resposta inflamatória desencadeada pela presença de microorganismos e seus subprodutos tóxicos. Com a compreensão dos fenômenos imunológicos, genéticos, bioquímicos e patológicos e o grande avanço na percepção integral do indivíduo, foi sugerido que as doenças que afetam o periodonto podem ter influência sobre a saúde geral ao afetar ou contribuir para o desenvolvimento de patologias em outros órgãos e sistemas do corpo humano (BARILI, 2003).

A cavidade oral é ricamente vascularizada e por isso há um grande risco de sangramento, e muitas vezes, o profissional de odontologia é o primeiro a diagnosticar a hemofilia, seja durante atendimento a algum trauma na infância ou, mesmo, nas extrações dentárias. Um relacionamento estreito entre o profissional de odontologia e o médico, bem como a educação dos familiares mais próximos e do próprio paciente pode evitar a necessidade de procedimentos invasivos no futuro (CORACIN, 2008).

É necessário realizar um exame físico completo paralelo a um estudo hematológico para obter um diagnóstico preciso. O sangramento anormal e de difícil controle é um sinal clínico importante de distúrbio hematológico quando o mecanismo homeostático está alterado (CARRANZA, NEWMAN, 1996).

A homeostasia constitui um conjunto de mecanismos fisiológicos que contribuem para deter uma hemorragia, reduzir ao mínimo a perda de sangue e está envolvida por três mecanismos estreitamente relacionados: a vasoconstrição, a aglomeração (adesão e agregação), a homeostasia primária, a ativação dos fatores da coagulação ou homeostasia secundária (BENITO *et al.*, 2004).

A hemofilia é uma tendência hemorrágica relacionada quase exclusivamente aos homens (doença recessiva ligada ao cromossomo X). Em 85% dos casos está relacionada à deficiência do fator VIII, sendo denominada hemofilia tipo A ou hemofilia clássica. A deficiência do fator IX (hemofilia tipo B) corresponde aproximadamente a 15% dos casos (FLORES *et al.*, 2004). A mãe, sendo portadora do cromossomo em questão, apresenta uma probabilidade de 50% de ter um filho hemofílico e 50% de ter uma filha portadora (GARCÍA *et al.*, 2006).

No Brasil, 71% dos casos de doença hemorrágica são causados pela hemofilia A e 11,6%, pela hemofilia B, estando os 17,4% restantes relacionados às formas clinicamente significativas da doença de von Willebrand e a outras deficiências de fatores de coagulação (ANVISA, 2002).

A hemofilia A ocorre em cerca de 1:10.000 homens e as manifestações hemorrágicas podem aparecer já no primeiro ano de vida cuja gravidade depende dos níveis plasmáticos do F VIII (BRASIL, 2005). Ela é dividida em

grave, moderada ou leve de acordo com a quantidade de fatores de coagulação. Os pacientes com uma concentração do fator menor que 1% (Hemofilia grave) apresentarão hemorragias espontâneas ou diante de lesões mínimas, hemorragias nas articulações e músculos que trazem como consequências alterações funcionais dos membros. Quando o déficit está entre 1% e 5%, se manifesta como hemofilia moderada onde as hemorragias espontâneas e as hemartroses (sangramentos intra-articulares) são ocasionais, e quando o déficit está entre 6% e 25% a hemofilia é considerada leve, caracterizando-se por hemorragias severas depois de cirurgias menores (SOCORRO *et al.*, 2004).

A deficiência do fator XI é denominada por alguns autores de Hemofilia C, herança autossômica recessiva, mais comumente encontrada em indivíduos de origem judaica. Ela apresenta quadro clínico heterogêneo, em geral com episódios hemorrágicos de gravidade moderada, estando às hemorragias frequentemente relacionadas a trauma ou a procedimentos cirúrgicos e sangramentos espontâneos podem ocorrer, porém são incomuns (BRASIL, 2005).

O diagnóstico preciso e precoce assume sua importância em crianças ou adolescente hemofílicos no que se refere à orientação familiar, minimizando erros de conduta que levem a repercussões futuras desfavoráveis, como situações de riscos de traumatismos violentos desnecessários e/ou extrema superproteção (LORENZI *et al.*, 2003).

Os exames básicos para o diagnóstico de hemofilia são os que avaliam a hemostasia primária como a contagem de plaquetas (CP) e o tempo de hemorragia (TH). A intensidade da hemorragia depende do nível circulante do fator deficiente, a presença de inibidores, traumatismos e o tipo de atividade física diária. A hemorragia bucal está relacionada ao descuido com a higiene, mordidas na língua e no lábio ou por troca da dentição (GARCÍA *et al.*, 2006). Estes sangramentos estão co-relacionados às regiões quanto mais vascularizadas forem e quanto menor a faixa etária (mais sujeito a traumatismos decorrentes da “vivacidade” infantil), além da deficiência dos fatores e maior será a gravidade da hemorragia (MARQUES *et al.*, 2006).

Na cavidade bucal, na polpa dental e no alvéolo existe uma alta concentração de ativadores de plasminogênio que ativam a fibrinólise, uma reação do sistema fisiológico que transforma o plasminogênio em plasmina e destrói o coágulo e pode contribuir para o sangramento após exodontias. Neste caso, é necessário o uso profilático de antifibrinolíticos para evitar este sangramento pós-exodontias nos pacientes com defeitos plaquetários da coagulação (BENITO *et al.*, 2004).

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 da reposição dos fatores de coagulação e da associação dos antifibrinolíticos. Nesses casos, a utilização de meios hemostáticos locais (tais como o Selante de Fibrina, o cimento cirúrgico e outros) deve ser indicada (BRASIL, 2005).

Depois de toda a estruturação histórica, atualmente os hemocentros se consolidam como o principal centro de referência para atendimento dos portadores da hemofilia, quando estes apresentam quadros hemorrágicos ou quando necessitam de atendimento especializado reunindo profissionais de diversas áreas (SANTOS *et al.*, 2007). O objetivo terapêutico está em corrigir a deficiência do fator adequadamente antes, durante e após a cirurgia, por um período suficiente que permita a cicatrização das lesões (FLORES *et al.*, 2004).

Uma significativa redução dos episódios de sangramento mucoso pode ser obtida com a combinação entre a terapia sistêmica de reposição de fatores de coagulação e os agentes antifibrinolíticos, tais como o ácido épsilon - amino capróico (Eaca) e o ácido tranexâmico que atuam inibindo a proteína ativadora do plasminogênio, impedindo a formação da plasmina, proteína responsável pela lise da fibrina (componente essencial do coágulo) (BRASIL, 2005).

A trombina tópica é aplicada em gase embebida (meio transportador) em contato direto com o sítio sangrante, embora haja sangue, saliva e movimentos musculares. Outro agente antifibrinolítico é o acetato de desmopressina (DDAVP), hormônio sintético que libera fator VIII e fator de Von Willebrand, utilizado com grandes resultados em alguns tipos de doenças de Von Willebrand e hemofilias leves. (RIVERA, GONZÁLEZ, 2001). SOCORRO *et al.* (2004) relatam que além de se colocar a gase umedecida com antifibrinolíticos durante vinte minutos, deve-se indicar no pós-operatório um enxaguante bucal, usado de três a quatro minutos a cada seis horas por cinco a sete dias.

A administração de desmopressina é recomendada quando se faz uma prova de DDAVP, confirmando o aumento esperado do fator deficiente, pois existem pacientes que não mostram aumento do fator. Outra maneira de medir a resposta é medir a correção de TTPA quando parece esta aumentada pré e pós-administração (MINISTERIO DE SALUD, 2007).

O selante de fibrina (SF), também conhecido como cola de fibrina, cuja principal função é a de agente cirúrgico hemostático derivado do plasma sanguíneo, também promove melhora da cicatrização local, selamento tecidual e suporte para sutura. São compostos de fibrinogênio e trombina humanos, associados a um antifibrinolítico (ácido épsilon aminocapróico ou ácido tranexâmico) ou a um inibidor da plasmina (aprotinina, de origem bovina) (BRASIL, 2005).

A interação entre o médico e o dentista se mostra bastante promissora quanto ao uso de terapêuticas sistêmicas associadas ao tratamento periodontal restabelecendo a hemostasia local e oferecendo oportunidades de reabilitação oral sem maiores transtornos.

CASO CLÍNICO

Paciente, gênero masculino, 17 anos, procurou a clínica de Periodontia do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) queixando-se de desconforto gengival. Durante a anamnese, ele relatou que era portador de hemofilia A (deficiência do fator VIII). Ao exame clínico verificou-se a presença de crescimento gengival no arco superior com ausência de sangramento, sendo diagnosticado como crescimento gengival exacerbado, necessitando de tratamento periodontal básico e cirúrgico.

O paciente foi então encaminhado para um Centro de Hematologia para a realização de uma avaliação, no que foi confirmado o distúrbio hematológico relatado pelo mesmo.

Nas consultas subsequentes foram realizados

procedimentos de controle do biofilme dental, além de raspagem coronária e polimento nos quatro hemi-arcs. Foram programadas duas gengivectomias para o arco superior e para o inferior, com intervalo de 15 dias. De comum acordo com o hematologista, foi indicada a reposição do fator VIII pré-cirurgicamente, que deveria ser administrado uma hora antes da intervenção cirúrgica. Assim, uma hora antes do tratamento cirúrgico, o paciente comparecia ao setor hematológico tomava o fator VIII e em seguida se dirigia para a Universidade para a realização do procedimento cirúrgico.

Procedimento Cirúrgico

O procedimento cirúrgico foi realizado após o preparo da região a ser operada com controle do biofilme e bochecho com digluconato de clorexidina. O arco superior foi anestesiado com a técnica infiltrativa. Com seringa carpule e anestésico sem adrenalina. Em seguida foram executados os pontos sangrantes com pinça Krane Kaplan. Na sequência realizamos a incisão primária com bisturi lâmina 15, seguindo a técnica de proceder a incisão um milímetro apical aos pontos sangrantes. Em seguida com o bisturi de Orban fizemos a incisão secundária aprofundando a incisão primária e procedendo a remoção do tecido enfermo. Concluímos



Figura 1: Paciente antes da intervenção cirúrgica.



Figura 2A e 2B: Paciente durante a intervenção cirúrgica.

a cirurgia removendo o tecido de granulação com as curetas Grace e Mc. Call. Ao final colocamos o cimento cirúrgico e recomendamos ao paciente compressa de gelo e alimentação fria, morna e pastosa nas primeiras 48 horas seguintes à cirurgia.

O pós-operatório ocorreu sem maiores transtornos e o paciente apresentou uma cicatrização normal com ausência total de sangramento no pós-operatório. Demonstrando-se destarte, que o paciente hemofílico pode ser submetido às intervenções cirúrgicas periodontais sem nenhuma restrição, desde que seja compensado sistemicamente antes dos procedimentos (Figuras 1, 2 e 3).

DISCUSSÃO

Segundo CORACIN (2008), a cavidade oral é ricamente vascularizada e, por isso, há um grande risco de sangramento e é comum que o profissional de odontologia seja o primeiro a diagnosticar a hemofilia. Portanto, uma boa anamnese evita acontecimentos desagradáveis e permite um diagnóstico adequado como aconteceu através do diálogo com o paciente no caso descrito, demonstrando a importância dos conhecimentos por parte do cirurgião-dentista no que diz respeito a problemas sistêmicos que interferem no tratamento odontológico.

De acordo com a literatura a hemofilia A é a mais frequente (MINISTERIO DE SALUD, 2007; FLORES *et al.*, 2004; ANVISA, 2002; RIVERA & GONZÁLEZ, 2001), o que condiz com o caso clínico em questão, bem como a manifestação no gênero masculino.

Alguns autores consideram que os procedimentos cirúrgicos periodontais em pacientes portadores de coagulopatias devem ser considerados como

procedimentos com elevado risco de sangramento (BRASIL, 2005; BREWER, CORREA, 2006). Mas com o aprofundamento desses assuntos através de pesquisas sabe-se que a reposição dos fatores de coagulação e da associação dos antifibrinolíticos faz com que este paciente possa, como qualquer outro, se submeter normalmente a etapas cirúrgicas sem maiores surpresas (BENITO *et al.*, 2004; RIVERA, GONZÁLEZ, 2001; CORACIN, 2008; FLORES *et al.*, 2004; FRANCHINI *et al.*, 2005). Após o processo de reposição do fator de coagulação, as cirurgias periodontais foram realizadas com a mesma preocupação ofertada aos demais pacientes e em comunicação com o médico, numa relação interdisciplinar.

Para o caso em questão procedeu-se, uma hora antes do tratamento cirúrgico, com a reposição do fator VIII no setor hematológico, embora alguns autores comentem a respeito de doses com 24 horas antes do procedimento e manutenção durante sete dias (BRASIL, 2005).

Orientação familiar é importante para prevenir condutas que levem a situações de risco de traumatismos violentos, extrema superproteção e orientar no que diz respeito a instruções de higiene oral, pois o sangramento gengival está associado ao biofilme bacteriano e não exclusivamente a hemofilia, que por si só, não é capaz de provocar problemas dentários e periodontais de forma direta (LORENZI *et al.*, 2003; MARQUES *et al.*, 2006). Portanto, o acompanhamento feito durante o atendimento também tem o caráter preventivo, através da motivação e instruções de higiene oral. Deste modo, se constrói uma cultura de responsabilidade mútua entre profissional e paciente, de tal forma que a hemofilia não seja uma dificuldade a vida do paciente e que se possa gerenciar as complicações do sangramento, produzindo o retorno a um estado de saúde estável e duradouro.



Figura 3: Resultado após conclusão da gengivectomia.

CONCLUSÃO

A capacitação do cirurgião-dentista é primordial para melhor controle da saúde bucal associado a problemas sistêmicos, elevando a qualidade de vida dos pacientes, evitando focar apenas nos problemas de caráter oral e desenvolver uma atenção integral de qualidade. E, para tanto, o diagnóstico é de extrema relevância já que a boca é uma região altamente vascularizada, permitindo ao profissional de odontologia ser um dos primeiros a verificar distúrbios da homeostasia.

Agentes de coagulação associados à antifibrinolíticos melhoram ativamente essa hemostasia local, reduzindo significativamente o uso sistemático de terapias e de complicações do sangramento durante cirurgias orais. O diálogo multidisciplinar, neste caso, favorece uma ação mais segura e com maior possibilidade de sucesso do tratamento. Seguindo a reposição dos fatores e uma boa higiene oral, o paciente hemofílico pode-se submeter a qualquer procedimento de atuação odontológica sem maiores transtornos e excelente pós-operatório.

REFERÊNCIAS

- 1 - AZHAR S, YAZDANIE N, MUHAMMAD N. Periodontal status and IOTN interventions among young hemophiliacs. *Haemophilia*, 12(5):401-404, 2006.
- 2 - BARILI ALA, Prevalência das doenças periodontais em pacientes com doença isquêmica coronariana aterosclerótica, em hospital universitário, [Dissertação Mestrado]. Ribeirão Preto – SP: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2003. 132p.
- 3 - BENITO M, BENITO M, MORÓN A, BERNADONI C, PEREIRA S, BRACHO M, RIVERA N. Manejo odontológico de pacientes con enfermedades hemorrágicas y terapia anticoagulante. Revisión bibliográfica. *Acta odontol. Venez.* 42(2),73-79: 2004.
- 4 - BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias*. Brasília: Editora MS, 2005. 35p.
- 5 - BRASIL, Ministério da Saúde. *Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias*. Coordenação da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora MS, 2005. 76p.
- 6 - BREWER A, CORREA ME. *Directrices para el tratamiento odontológico de pacientes con trastornos de la coagulación hereditarios. Tratamiento de la hemofilia*, 40, Québec: Federación Mundial de Hemofilia, 2006, 9p.
- 7 - CARRANZA FA, NEWMAN MG. *Periodontia Clínica*, 8, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, 832p.
- 8 - CORACIN FL. Importância da condição de saúde bucal em pacientes hemofílicos. *Rev. bras. hematol. hemoter.* 30 (2): 86, 2008.
- 9 - FLORES RPG, BAGATINI A, SANTOS ATL, GOMES CR, FERNANDES MS, MOLON RP. Hemofilia e Anestesia. *Rev Bras Anesthesiol.*, 54(6): 865-871, 2004.
- 10 - FRANCHINI M, ROSSETTI G, TAGLIAFERRIA, PATTACINI C, POZZOLI D, LORENZ C, DEL DOT L, UGOLOTTI G, DELL'ARINGA C, GANDINI G. Dental procedures in adult patients with hereditary bleeding disorders: 10 years experience in three Italian Hemophilia Centers. *Haemophilia*, 11(5):504-509, 2005.
- 11 - GARCÍA BHG, PALACIOS RDH, GONZÁLEZ SH. Uso del Coagulite en el paciente hemofílico bajo tratamiento odontológico. *Revista ADM.* 63(5): 165-169, 2006.
- 12 - LORENZI TF, D'AMICO E, DANIEL MM, SILVEIRA PAA, BUCCHERI V. *Manual de hematologia: propedêutica e clínica*, 3, São Paulo: Medsi, 2003, 641p.
- 13 - MARQUES KMG, AGOSTINHO CNLF, NASCIMENTO EKS, SOUZA EHA. Prevalência de sangramento gengival na sondagem perio-dontal de pacientes hemofílicos: Um estudo série de casos. *Odontologia. Clín.-Científ.*, 5(3): 195-202, Recife, 2006.
- 14 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 2002. Gerência- Geral de Sangue, outros Tecidos e Órgãos. Programa Nacional de Coagulopatias Hereditárias. Relatório Estatístico do Cadastro de Coagulopatias Hereditárias. [online]. Disponível em <http://www.anvisa.gov.br>. Visto em 15 de outubro de 2009.
- 15 - MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hemofilia. n. 41. Santiago: Minsal, 2007. Disponível em http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/Hemofilia_2006.pdf. Visto em 20 de agosto de 2009.
- 16 - MONTEIRO GC, ROSA RS. Periodontia Médica: Produção científica X Caderno de atenção básica do Ministério da Saúde, [Monografia (Especialização em Saúde Pública)]. Porto Alegre – RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008. 41 págs.
- 17 - RIVERA SA, GONZÁLEZ PA. Manejo Clínico de los Pacientes Portadores de Coagulopatias Congénitas. *Revista Dental de Chile.* 92(2): 29-33, 2001.
- 18 - SANTOS EG, PORTES LL, SANTANAAG, SANTOS ETN. Deformidades e incapacidades dos hemofílicos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 18(2):86-94, 2007.
- 19 - SOCORRO CB, URDANETA MB, URDANETA MB, GRANADILLO SP, FARÍA MB. Manejo odontológico del paciente con trastornos hemorrágicos. Una revisión. *Ciencia Odontológica.* 1(1):60-70, 2004.

Correspondência

Severino Celestino da Silva
Rua Afonso Barbosa, 1025 – Jardim Marisópolis
João Pessoa – Paraíba – Brasil
58000-000
E-mail: bereshit@terra.com.br