

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE PORTADOR DE COAGULOPATIA CONGÊNITA: Relato de caso

Bárbara Lessa Fon¹, Maria Luísa Franco Castello Branco¹, Suzanne Lima Brito², Ana Luíza Vasconcelos Lima³, Euclides Mauricio Trindade Filho⁴, Adriana Pachêco de Oliveira⁵

¹ Graduação em Odontologia do Centro Universitário CESMAC

² Especialista em Endodontia pelo Centro Universitário CESMAC

³ Mestre e Professora da Especialização em Endodontia pelo Centro Universitário CESMAC

⁴ PhD e Professor do Centro Universitário CESMAC

⁵ Mestre e Professora do Centro Universitário CESMAC

Endereço correspondência

Bárbara Lessa Fon
Rua Pedro Américo n° 1350/502
57046-770. Maceió, Alagoas
barbaralessafon@yahoo.com.br

Recebido em 25 de novembro (2017) | Aceito em 20 de dezembro (2017)

RESUMO

Algumas discrasias sanguíneas são bastante comuns, como a Hemofilia A, que é uma doença de caráter hereditário, causada por uma anormalidade no cromossomo X. É uma das coagulopatias congênitas de maior incidência na população na ordem de 1:5.000 pessoas, onde somente o sexo masculino apresenta sinais clínicos e as mulheres são apenas portadoras. Esses pacientes representam um desafio para a prática clínica odontológica já que apresentam alto risco de sangramento na cavidade bucal. Este trabalho relata o tratamento endodôntico em um paciente com hemofilia A e o manejo odontológico de pacientes com essa discrasia. A conduta com pacientes que sofrem de distúrbios hemorrágicos depende da severidade da condição do paciente e de quão invasivo será o procedimento. As técnicas utilizadas são as mesmas realizadas em pacientes sem as discrasias, contudo, deve haver uma cautela maior durante alguns procedimentos, algumas recomendações a serem levadas em conta e o hematologista deve sempre ser consultado antes de qualquer procedimento invasivo. Desta forma, os Cirurgiões-dentistas devem estar cientes da consequência que os distúrbios hemorrágicos têm no tratamento de seus pacientes.

Palavras-chave: Doenças Hematológicas. Hemofilia A. Odontologia.

ABSTRACT

Some blood dyscrasias are quite common, such as Hemophilia A, which is a hereditary disease caused by an abnormality on the X chromosome. It is the congenital coagulopathy of the highest incidence in the population in the order of 1: 5,000 people, where only the male sex shows clinical signs and women are only carriers. These patients represent a challenge for clinical dental practice since they present a high risk of bleeding in the oral cavity. This paper reports the endodontic treatment in a patient with hemophilia A and the dental management of patients with this dyscrasias. Management of this patients suffering from hemorrhagic disorders depends on the severity of the patient's condition and on how invasive the procedure will be. The techniques used are the same ones performed in patients without the dyscrasias, however, there should be greater caution during some procedures, some recommendations to be taken into account and the hematologist should always be consulted before any invasive procedure. In this way, Dentists should be aware of the consequences that hemorrhagic disorders have on the treatment of their patients.

Key-words: Hematologic Diseases. Hemophilia A. Dentistry.

Fator VIII no sangue. Além de que o hematologista deve sempre ser consultado antes de procedimentos invasivos [2,6].

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes portadores de coagulopatias hereditárias representam um desafio para a prática clínica odontológica, pois além do alto risco de sangramento na cavidade bucal, apresentam uma grande incidência de cáries e doenças periodontais, em consequência da negligência dos mesmos para com uma prática efetiva da higiene oral, devido ao receio do sangramento [1-4].

A Hemofilia A é uma coagulopatia de caráter hereditário, transmitida pelo cromossomo X. Essa discrasia é causada por um gene anormal no cromossomo X (Xq28), a qual resulta na variação no fator de coagulação VIII:C (Fator coagulante). É uma proteína de fundamental importância para a hemostasia, pois em conjunto com outros fatores vai ser responsável pela formação do coágulo [2,5-7].

Essa coagulopatia é diagnosticada através de uma anamnese detalhada do histórico médico tanto do paciente como de seus familiares e é classificada pelo nível de Fator VIII no sangue. É por esse fato, que uma história médica familiar sobre distúrbios sanguíneos deve ser cuidadosamente observada, a anamnese deve ser bastante cautelosa e o paciente deve ser questionado sobre qualquer sangramento anormal ou espontâneo [2,6].

É uma das coagulopatias congênicas de maior incidência, afeta prioritariamente o sexo masculino, sendo as mulheres apenas portadoras com uma incidência na ordem de 1:5.000 indivíduos. No Brasil cerca de 46,65% dos casos de coagulopatias hereditárias são casos de hemofilia A. Sua herança genética pode gerar homens com 50% de probabilidade de serem hemofílicos ou ainda mulheres portadoras. A hemofilia A pode se manifestar em gerações futuras ou pular gerações. Tanto que, em uma mesma genealogia, é possível notar pequenas variações entre as taxas dos fatores responsáveis pela discrasia [6,8-10].

A conduta com pacientes que sofrem de distúrbios hemorrágicos depende da severidade da condição do paciente e de quão invasivo será o procedimento. O paciente hemofílico deve ser tratado pela terapia de substituição, que é a reposição do fator deficiente, com a dosagem dependente da gravidade da doença e do nível de

As técnicas utilizadas nesses pacientes são as mesmas realizadas em pacientes sem as discrasias. Contudo deve haver uma cautela maior durante alguns procedimentos e algumas recomendações a serem levados em conta, como por exemplo, sempre que possível, privilegiar consultas mais rápidas, marcar reavaliações e reforçar sempre o hábito de higienização, além de respeitar o bom senso e a sua própria limitação profissional [2,4,11,12].

Esse trabalho teve como objetivo, através de um relato de caso, reconhecer uma das coagulopatias congênicas de maior incidência na população, suas manifestações clínicas e conscientizar os Cirurgiões-dentistas das condutas adequadas durante o atendimento odontológico de pacientes hemofílicos.

2. Relato de Caso

Paciente J.H.C.C.S., sexo masculino, 23 anos, leucoderma, apresentou-se ao HEMOAL (Hemocentro de Alagoas) para avaliação odontológica com queixa de dor espontânea no elemento 26, onde foi realizado o acesso endodôntico do mesmo. O paciente foi encaminhado para tratamento na clínica de Especialização em Endodontia do Centro Universitário Cesmac de Maceió (AL). O paciente é portador de hemofilia A moderada e estava sobre acompanhamento médico.

Ao exame clínico, observou-se a presença de uma restauração provisória com Coltosol (Vigodent, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro) proveniente do acesso realizado anteriormente no HEMOAL. Na avaliação semiotécnica, foram obtidas respostas ausentes aos testes de percussão vertical e horizontal e de palpação, com ausência de bolsa periodontal, ausência de mobilidade dentária, além de tecidos moles dentro dos padrões de normalidade. Durante o teste de vitalidade pulpar, o elemento demonstrou uma resposta positiva e de declínio lento ao frio.

Concomitantemente ao exame radiográfico (Figura 1), e com base no relato de dor espontânea, estabeleceu-se o diagnóstico clínico – radiográfico de pulpite irreversível sintomática, sendo instituída como modalidade terapêutica a biopulpectomia, realizada em

três sessões, com o paciente acompanhado pelo hematologista e devidamente assistido pelo fator de coagulação antes de cada uma delas.



Figura 1: Radiografia periapical mostrando o dente #26 com restauração provisória

Sob a recomendação da equipe multidisciplinar que o acompanha no Hemoal, foi necessário que o paciente fizesse o uso do alfaotocogúe – fator VIII de coagulação recombinante 250 UI (Ministério da Saúde, Governo Federal), via endovenosa, antes de todas as etapas do tratamento.

Na primeira sessão, foi realizada anestesia infiltrativa supraperiosteal no nervo alveolar superior médio e posterior, com complementação na mucosa palatina. O anestésico local utilizado no tratamento do paciente foi o ALPHACAINE (Nova DFL, Rio de Janeiro), e o isolamento absoluto foi realizado, visando não só a não contaminação do canal com saliva, como também, por ser um meio de proteção da mucosa do paciente (Figura 2). Após o isolamento absoluto foi realizada a remoção da restauração provisória e da medicação intracanal e localizou-se a presença de 4 canais. Em seguida foi realizada a odontometria com localizador apical eletrônico NOVAPEX (Forum Technologies – Israel, Patente USA) e posteriormente a exploração e confecção do glide path com as limas #10, #15 e #20 C+ (Dentsply, Maillefer, Ballaigues, Suíça). Em sequência o dente recebeu medicação intracanal, (Ultracal, Ultradent, Indaiatuba, São Paulo) e o selamento provisório com Coltosol (Vigodent, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).



Figura 2: Isolamento absoluto do dente #26 e abertura coronária sendo evidenciada

Na segunda sessão, realizou-se a finalização do preparo químico-mecânico, com as limas rotatórias MTwo (VDW, Munique, Alemanha) onde o canal palatino (P) foi instrumentado até o diâmetro 40/04, e os canais méso-vestibular (MV1) e disto-vestibular (DV) foram instrumentados até a lima 35/04. Nessa mesma sessão, o segundo canal mesiovestibular (MV2) foi explorado com a lima K-File #10 (Dentsply, Maillefer, Ballaigues, Suíça), para posterior instrumentação.

Na terceira e última sessão, com a lima reciprocante Wave One Gold small (20.07) (Dentsply-Maillefer, Ballaigues, Suíça) foi realizado o preparo do canal Mv2, e em seguida, a recapitulação do preparo dos canais MV1 e DV com a lima Wave One Gold medium (35.06) (Dentsply-Maillefer, Ballaigues, Suíça), ampliando o preparo para a conicidade 06. Após essa etapa, foi realizada a Irrigação Ultrassônica Passiva com NaOCl 2,5% (QBOA, Brasil) seguido pelo EDTA 17% (Iodontosul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul), ambos utilizados em 3 ciclos de 20 segundos. Para obturar foi realizada a técnica híbrida de Tagger, utilizando cones 40.06 (Tanari, Manacapuru, Amazonas) e cimento endodôntico Endofill (Dentsply-Maillefer, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro). Por fim, a embocadura dos canais foi selada com Coltosol (Vigodent, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro) e o elemento dentário foi restaurado provisoriamente com Maxxion R (FGM, Joinville, Santa Catarina) - (Figura 3).



Figura 3: Radiografia final do dente #26 mostrando o término do tratamento endodôntico e a qualidade da obtenção

Durante todo o preparo, os canais foram irrigados com hipoclorito de sódio (NaOCl) a 2,5% (QBOA, Brasil), solução esta que colabora com o controle do sangramento. Todas as radiografias foram realizadas sob a modalidade digital, utilizando o equipamento Digora Optime UV (Soredex, Tuusula, Finlândia). Para as tomadas radiográficas, o sensor digital foi protegido em suas extremidades com cera utilidade, a fim de proteger o paciente de eventuais escoriações causadas pelo atrito da borda do mesmo.

3. Discussão

As discrasias sanguíneas são classificadas como deficiências do fator de coagulação, distúrbios das plaquetas, distúrbios vasculares e defeitos fibrinolíticos. Mutações genéticas também podem levar a defeitos na cascata de coagulação, provocando deficiência de um ou mais fatores de coagulação, o que leva à instalação de coagulopatias hereditárias, como a hemofilia e a Doença de von Willebrand [3,10,13,14].

Um corpo humano saudável requer um bom funcionamento da coagulação sanguínea, constituída por diversas reações químicas em sequência, onde a fibrina é a proteína mais importante. As coagulopatias sanguíneas tem como característica comum a redução da formação de trombina, elemento primordial para a coagulação sanguínea [13,15]. Pacientes hemofílicos são capazes de formar o tampão plaquetário inicial no local do sangramento. Entretanto, não geram quantidade suficiente de trombina na superfície das plaquetas para estabilizar o coágulo de fibrina [16].

A Hemofilia é um transtorno hemorrágico hereditário transmitido pelo cromossomo X. A anormalidade de algum dos fatores de coagulação (fator VIII ou fator IX) seja em número ou estrutura vai caracterizá-la. Esta doença foi subclassificada em três subtipos: Hemofilia A, resultante da deficiência quantitativa do fator VIII de coagulação, representando 80-90% do total de casos (ou 1: 5000 nascimentos), onde o sexo feminino é transportador, o sexo masculino é o afetado e a transmissão do sexo masculino para o

masculino não ocorre; Hemofilia B (doença de Natal), que é muito menos comum (1: 30.000 nascimentos), é caracterizada pela deficiência do fator IX; e Hemofilia C (síndrome de Rosenthal), de rara incidência. As formas adquiridas são ainda mais atípicas, associadas a desenvolvimento de anticorpos, câncer, doenças autoimunes, ou ainda associadas a causas idiopáticas [10,13,17]. Não há preferência racial ou geográfica específica para a doença. Embora seja passada de pais para os filhos, a desordem não mostra uma história familiar. Um terço dos casos são causados por uma mutação espontânea ou esporádica [10,13,15,18].

Como os homens apresentam apenas um cromossomo X, basta que esse cromossomo seja anormal para a produção de fator VIII ou IX, para a doença se manifestar. Explica também, porque as mulheres são predominantemente, portadoras do gene para hemofilia, podendo ter uma coagulação normal: seu segundo cromossomo X (normal) produz uma quantidade suficiente de fator de coagulação. Existe a possibilidade de mulheres manifestarem a doença (hemofilia A), embora se caracterize como uma situação rara. Neste caso, a mulher nasce com mutações nos dois alelos, apresentando homozigose [13,19].

O teste laboratorial FVIII:C para o diagnóstico da hemofilia pode ser dividido em qualitativo, que informa qual fator o paciente é deficiente (fator VIII ou IX) ou quantitativo, que mostra qual a porcentagem do fator no organismo, classificando a hemofilia em leve, moderada ou severa. A Sociedade Internacional de Trombose e Hemostase classifica a hemofilia em grave, se a porcentagem do fator VIII coagulante (FVIII:C) for menor que 1% do normal ou < 0,01 IU/ml; moderado se a porcentagem do Fator VIII:C estiver entre 1% - 5% do normal ou 0.01 – 0.05 IU/ml, e, por fim, leve, para os pacientes com FVIII:C > 5% < 40% do normal ou >0.05<0.40 IU/ml [3,20].

A Hemofilia é caracterizada clinicamente pelo tempo prolongado de coagulação e hemorragia excessiva na mucosa, tecidos moles, músculos e articulações; sangramento articular ou hemartroses que podem resultar em artropatia debilitante. Foi associado à mortalidade e à morbidade e, portanto, com inúmeros impactos na saúde geral [9,10,21].

Pacientes portadores de hemofilia leve tipicamente não apresentam sangramentos espontâneos e haverá sangramento somente em resposta a traumas, procedimentos cirúrgicos ou extrações dentárias. Em muitos casos, a hemofilia leve pode não ser

diagnosticada até a adolescência ou mais tarde. Pacientes com hemofilia moderada podem sofrer sangramento excessivo após traumas, cirurgias ou extrações dentárias e também podem sofrer sangramento articular ou muscular depois de pequenas lesões. Já pacientes com hemofilia severa podem experimentar sangramento espontâneo nas articulações e músculos e severo sangramento depois de machucados ou cirurgias [9,10].

Existem diferentes sinais que podem aparecer na cavidade bucal, os quais podem levar o Cirurgião-dentista a suspeitar de uma coagulopatia sanguínea, como, por exemplo, a palidez, petéquias, equimoses na superfície da mucosa, ulcerações, hiperplasia gengival, sangramento gengival prolongado, espontâneo ou provocado e raramente hemartrose da articulação temporomandibular [22,23].

Pacientes portadores de coagulopatias sanguíneas fazem parte de um grupo que necessita de atenção e cuidados especiais durante o tratamento odontológico. A avaliação inicial do paciente deve ser o mais completa possível, fazendo uso de todas as fontes de informações, desde sua entrada a seus trejeitos de fala e locomoção, fatores os quais podem contribuir para o diagnóstico e planejamento do tratamento do paciente [3,15].

Deve-se questionar o paciente durante a anamnese acerca de fatores passados, pertinentes e auxiliares no diagnóstico e posterior tratamento, de forma criteriosa e ampla, sobre a doença, uso de medicações, comorbidades, condições socioeconômicas, familiares e culturais [1,3]. O exame físico geral deve ser realizado meticulosamente, procurando identificar sinais de problemas hematológicos, procurando por lesões de púrpura, contusões grandes ou profundas, hematomas evidentes, inchaços nas articulações, sangramento nasal e gengival espontâneos. O diagnóstico precoce dessas manifestações clínicas propicia um consequente tratamento mais eficaz [20,22].

O manejo de pacientes com coagulopatias hereditárias na Odontologia pode causar problemas consideráveis, pois a cavidade bucal é altamente vascularizada e de perigo significativo para hemorragia. Muitos desses pacientes apresentam lesões de cárie em múltiplos elementos dentais, juntamente com problemas periodontais severos, e encontram dificuldade ao acesso ao atendimento odontológico profissional, devido a riscos específicos de doença, barreiras relacionadas ao paciente, como o medo de sofrer hemorragias, e também pela falta de comunicação entre o Cirurgião-dentista e o Hematologista, contribuindo potencialmente para a

deterioração da saúde bucal e, conseqüentemente, aumentando a necessidade de tratamento odontológico mais invasivo [19,24,25].

Uma complicação bastante comum que ocorre em pacientes com essas coagulopatias é a hemorragia excessiva após procedimentos odontológicos, particularmente após a extração dentária. Além disso, realizar tratamentos dentários avançados de maneira a garantir a segurança destes pacientes, ocasiona custos adicionais. Uma das barreiras conhecidas para acessar o atendimento odontológico profissional é a falta de confiança na capacidade dos dentistas para administrar esses pacientes. Além disso, a reposição de fator necessária antes dos tratamentos dentários pode não estar disponível em alguns locais [2,25].

Conseqüentemente, manter a saúde dentária de hemofílicos deve ser uma prioridade, pelo menos, devido aos riscos na prestação de tratamentos dentários para hemofílicos e por causa dos custos inerentes ao manejo médico desses pacientes; particularmente durante tratamentos dentários extensos. Concomitantemente, é importante aumentar a conscientização profissional sobre a provisão de tratamentos dentários seguros para hemofílicos; que são possíveis devido às inovações no manejo médico de pacientes com hemofilia [3,25].

Também é importante reconhecer que o medo que os pacientes com hemofilia têm para com Cirurgiões-dentistas contribui desnecessariamente para o exagero de seus riscos reais durante tratamentos dentários [4,24,25]. Assim, os benefícios da prevenção da saúde bucal primária com o objetivo de preservar dentes saudáveis precisam ser enfatizados repetidamente para pacientes com hemofilia e seus dentistas [12,25]. Além disso, a prevenção de doenças bucais tem um considerável potencial cumulativo de economia de custos e também leva a uma redução no número de pacientes que necessitam de tratamentos hemostáticos para controlar sua hemofilia durante a provisão de procedimentos dentários. Conseqüentemente, o manejo odontológico de pacientes com hemofilia e cuidados dentários preventivos para eles deve ser administrado na idade mais precoce possível e reforçado em todas as visitas odontológicas, de modo que a necessidade de tratamentos dentários avançados em hemofílicos seja minimizada [3,25].

O tratamento odontológico seguro e bem-sucedido para pacientes com distúrbios hemorrágicos hereditários requer um trabalho multidisciplinar entre hematologista

e Cirurgião-dentista. Além disso, controle profissional da placa dentária, higiene bucal e educação nutricional, e o acesso a serviços especializados de saúde bucal é fundamental para melhorar a saúde bucal dos hemofílicos. Pacientes hemofílicos recebem reposição de fator em casos como profilaxia, sob demanda para tratar episódios hemorrágicos e pré-operatórios [9,10,26].

A peça chave do êxito no tratamento desses pacientes é a comunicação bidirecional do hematologista e o Cirurgião-dentista, assim como a educação do paciente para pôr em prática mecanismos preventivos e um controle rigoroso que minimize a necessidade de tratamentos, diminuindo assim as complicações [3,22]. Por ser a principal forma de terapia, para pacientes com hemofilia A severa e moderada, a terapia de reposição do fator de coagulação foi o tratamento selecionado para o paciente. Essa terapia tem como finalidade fornecer profilaxia e tratamento dos episódios hemorrágicos [17,27].

O Alfaoctocogue é um fator VIII recombinante de 2ª geração, é isento de albumina, mas contém componentes biológicos animais (células ovarianas de hamster chinês) em sua formulação. A versão do alfaoctocogue utilizada para o tratamento endodôntico do paciente foi a de 250 UI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, GOVERNO FEDERAL), aplicada no HEMOAL, na cidade de Maceió previamente a todas as sessões [3,28].

O tratamento endodôntico é o tratamento que recupera o dente, através da preservação da vitalidade pulpar ou pelo tratamento do canal radicular, não é considerado um procedimento invasivo, é preferível a extração, mas a instrumentação e o preenchimento nunca devem ser feitos além da região apical de um dente. Por ter baixo risco de sangramento deve ser realizado normalmente. Por essa mesma razão, a profilaxia antibiótica é dispensável, mas é necessário planejar uma terapia de suporte, caso haja dor, sangramento e infecções [1,12,14,24,29,30]. As técnicas utilizadas nos procedimentos odontológicos nesses pacientes, são as mesmas realizadas em pacientes sem esses distúrbios, no entanto, certos cuidados e recomendações devem ser levados em consideração [2,4,11,12].

Um atendimento odontológico cuidadoso é refletido em cuidados rotineiros, que visam evitar traumas e hematomas na cavidade bucal. Cuidados como: manter a ponta do sugador de bomba a vácuo longe da mucosa; sempre ter cuidado em afastar e proteger as partes moles (língua e bochechas), de preferência com isolamento absoluto, para evitar lesão

nos tecidos [1-4,14].

Existe risco de sangramento da mucosa pelo uso de algodão. A fim de reduzir esse risco, deve-se molhar o rolete de algodão antes de retirá-lo da boca. Durante a realização de radiografias periapicais, o Cirurgião-dentista deve proteger as bordas dos filmes com cera ou roletes de algodão quando as for utilizar em áreas de assoalho bucal [2,3,20].

Para o isolamento, os grampos podem ser utilizados, desde que, se tenha cuidado em evitar trauma em mucosa. Mesmo assim, se esses traumas ocorrerem e forem acompanhados de pequenos sangramentos, deve-se aplicar gelo localmente, associado a métodos hemostáticos. Pequenos preparos nas faces vestibular e lingual dos dentes podem ser realizados para receber grampos de isolamento, prevenindo assim injúrias na gengiva [3,20,30].

Usualmente, um tratamento endodôntico não requer reposição dos fatores de coagulação, a não ser que a técnica de bloqueio do nervo alveolar inferior seja requerida [3,15]. Apesar de não ter sido necessário fazer bloqueio, sob recomendação médica foi necessária a aplicação de fator antes de cada sessão. Tanto a técnica intraligamentar como a técnica infiltrativa podem ser utilizadas com segurança sem necessidade de reposição dos fatores de coagulação, pois não fornecem risco durante sua aplicação [1,3].

Os anestésicos locais com vasoconstrictores não apresentam contra-indicações para pacientes com coagulopatias sanguíneas, exceto, se os mesmos apresentarem outras complicações de saúde que justifiquem a sua não utilização, e podem promover hemostasia local adicional [3,14,18]. Logo, a solução anestésica de escolha foi Lidocaína 2% + Epinefrina 1:100.000 (ALPHACAINE, Nova DFL, Rio de Janeiro).

Dentre os cuidados específicos que foram tomados durante o tratamento endodôntico do paciente, estavam: sempre ter à mão pasta de hidróxido de cálcio para conter sangramentos inesperados, uso de localizador apical para calcular precisamente o comprimento de trabalho, a fim de evitar sobreinstrumentação e uso do hipoclorito de sódio, seguido de uso da pasta de hidróxido de cálcio para controlar sangramento [1,14,20,30]. Analgésicos como dipirona e paracetamol podem ser receitados a todos os pacientes com coagulopatias, exceto se o paciente possuir comprometimento hepático, onde devemos reduzir a dosagem do paracetamol, caso o mesmo seja o

analgésico de escolha para esse paciente [1-3,30].

Excluindo o ácido acetilsalicílico e seus derivados, que podem levar a um aumento da tendência de sangramentos após os procedimentos, os antiinflamatórios não-esteroides e inibidores da Cox-1 e Cox-2 podem ser prescritos, porém devem ser discutidos previamente com o hematologista quanto a dosagem e duração do tratamento pelos seus efeitos na agregação plaquetárias. Já os corticóides podem ser prescritos, sob consulta prévia com o hematologista do paciente [1,3,30].

4. Conclusões

Pacientes hemofílicos são pacientes que necessitam de uma atenção especial, pois o sangramento durante ou após tratamento odontológico pode desencadear sérios problemas. A conduta com esses pacientes depende da severidade da condição do paciente e de quão invasivo será o procedimento. O tratamento endodôntico evita procedimentos mais invasivos, sendo assim sempre priorizado à uma extração. Com adequado planejamento e precauções suficientes, o tratamento endodôntico pode ser realizado sem grandes preocupações em pacientes hemofílicos. O Cirurgião-dentista deve não só focar nos problemas dentais, como também ter uma boa compreensão sobre os problemas sistêmicos, para tratar seus pacientes com mais segurança e de forma adequada, evitando perigos potenciais. O paciente deve ser orientado sobre a importância de uma higiene oral adequada, para reduzir a necessidade de tratamento e evitar procedimentos mais invasivos.

REFERÊNCIAS

- [1] Hemorio (BR). Conduta odontológica para pacientes hematológicos com distúrbios hemorrágicos. Rio de Janeiro: Hemorio; 2002.
- [2] Ministério da Saúde (BR). Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes com Coagulopatias Hereditárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- [3] Ministério da Saúde (BR). Manual de Atendimento Odontológico a Pacientes com Coagulopatias Hereditárias. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- [4] MARQUES RVCF et al. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand. São Luís. Trabalho de Conclusão de Curso [Pós-Graduação] - Universidade Federal do Maranhão; 2009.
- [5] FRANCO RF. Fisiologia da coagulação, anticoagulação e fibrinólise. Medicina 2001;3(4):229-37.
- [6] LORENZI TF. Manual de Hematologia: Propedêutica e Clínica. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. 8Y: intravenoso. [Bula]. São Paulo: Meizler Biopharma S.A; 2009.
- [7] Ministério da Saúde (BR). Perfil das Coagulopatias Hereditárias no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- [8] Smith JA. Hemophilia – What the Oral and Maxillofacial Surgeon Needs to Know. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am 2016;28:481-9.
- [9] Martínez-Rider R et al. Dental Management of a Child with Incidentally Detected Hemophilia: Report of a Clinical Case. Case Reports in Dentistry 2017;2017:1-5.
- [10] Gupta A; Epstein JB; Cabay JC. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. JCDA 2007;73(1):77-83.
- [11] Haddad AS. Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais. 1. ed. São Paulo: Santos; 2007.
- [12] Pio S F; Oliveira Gc; Rezende Sm. As bases moleculares da hemofilia A. Rev Assoc Med Bras 2009;55(2):213-9.
- [13] Shastry SP et al. Hemophilia A: Dental considerations and management. J Int Soc Prevent Communit Dent 2014;v(6):147-52.
- [14] Azevedo CA. Tratamento endodôntico em paciente hemofílico: relato de caso. Maceió. Trabalho de Conclusão de Curso [Pós-graduação] - Centro Universitário Cesmact; 2017.
- [15] Ferreira C N et al. O novo modelo da cascata de coagulação baseado nas superfícies celulares e suas implicações. Rev Bras Hematol Hemoter 2010;32(5):416-21.
- [16] Anderson JAM et al. Guidance on the dental management of patients with haemophilia and congenital bleeding disorders. British Dental Journal 2013;215(10):497-504.
- [17] Zaliuniene R et al. Hemophilia and oral health. Stomatologija - Baltic Dental and Maxillofacial Journal 2014;16(4):127-31.
- [18] Hemorio (BR). HEMOFILIA – Orientações Básicas aos Pacientes e Familiares. Rio de Janeiro: Hemorio; 2014.
- [19] Dudeja PG et al. Endodontic Management of a Haemophilic Patient – A Clinical Perspective. Journal of Clinical and Diagnostic Research 2014;8(7):ZD17-18.
- [20] Zago MA; Falcão RP; Pasquini R. Hematologia – Fundamentos e Prática. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
- [21] Bascones-Martínez A; Muñoz-Corcuera M; Bascones-Iludain C. Manifestaciones clínicas de las hemopatías no neoplásicas em Odontología. Med Clin 2012;139(1):18-24.
- [22] Silva CA et al. Evaluation of dentistry student's knowledge on hematologic disorders. RGO 2016;64(3):p287-92.

- [23] Atara RR et al. Endodontic management of patient with hemofilia. *International Journal of Prosthodontics and restorative dentistry* 2013;3(3):101-4.
- [24] Zaliuniene R et al. Dental health and disease in patients with haemophilia – a case-control study. *Haemophilia* 2014;20:e194-6.
- [25] van Galen KP et al. Preventing perioperative bleeding in patients with inherited bleeding disorders. *Evidence-Based Dentistry* 2017;18:28-9.
- [26] Ministério da Saúde (BR). *Manual de Hemofilia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- [27] Hemo-8r: intravenoso. [Bula]. Brasília: Hemobrás; 2013.
- [28] Kumar NJ et al. Specialty dentistry for the hemophiliac: Is the a protocol in place?. *Indian J Dent Res* 2007;18:48-54.
- [29] Kaul R et al. Endodontic Treatment in a Patient with Hemophilia A: Case Report with Literature Review. *IJSS Case Reports & Reviews* 2014;1(1):9-11.
- [30] Marques RVCF et al. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand. *Arquivos em Odontologia* 2010;46(3):176-80.