

RELATO DE CASO

Cirurgia oral em paciente com anemia falciforme: o que o cirurgião-dentista precisa saber. Relato de caso

Oral surgery in patient with sickle cell disease : what the dentist need to know . Case report

RESUMO

Anemia falciforme é uma doença hereditária que se caracteriza por um distúrbio sanguíneo que afeta as células vermelhas, resultando, principalmente, em hemoglobinas alteradas. A doença caracteriza-se pela falta de glóbulos vermelhos saudáveis, causando dificuldade em transpor oxigênio para todos os tecidos. As manifestações sistêmicas e na cavidade oral podem ser variadas, sendo importante estar atento aos sinais clínicos e sintomas. Para o tratamento desses pacientes é necessário atenção aos cuidados e riscos a infecções oriundas das técnicas realizadas pelo cirurgião dentista, e, por esta razão, a antibioticoprofilaxia se faz tão necessária juntamente com a relação multidisciplinar. O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso de instalação de implante osseointegrado em paciente portadora de anemia falciforme, enfatizando as características da doença e os cuidados que o cirurgião-dentista deve ter no manejo destes pacientes.

Palavras-chave: anemia falciforme, implante osseointegrado.

ABSTRACT

Sickle cell disease is a hereditary disease characterized by a disorder that affects the blood red cells resulting mainly in altered hemoglobin. The disease results in lack of enough healthy red blood cells causing difficulty in transposing oxygen to all tissues. Systemic and bucal manifestations can be varied and it is very important to be aware of the clinical signs and symptoms. In the treatment of these patients it is necessary to pay attention for the risks of arising infections from the techniques performed by dentists and that's why antibiotic prophylaxis is done as needed along with the multidisciplinary relationship. The objective of this study was a report of case of osseointegrated implant installation in a female patient with sickle cell anemia, emphasizing the characteristics of the disease and the care that the dentist must have in the management of these patients.

Keywords: sickle cell anemia, osseointegrated implant.

Nathaly Heyni Acacio*
Claudineia Machado**
Lauren Christine Gursky***
Cíntia Mussi Milani****

* Acadêmica do Curso de Odontologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

** Acadêmica do Curso de Odontologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

neiafab@gmail.com

*** PhD, Oficial Dentista no Hospital Geral de Curitiba.

lauren.gursky@gmail.com

**** PhD, professora das disciplinas de cirurgia e estomatologia de Odontologia, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

cintiammilani@hotmail.com

Endereço para correspondência

Cíntia Mussi Milani

Av. Silva Jardim , 3455

Curitiba – PR – Brasil

(41) 3343-1444

cintiammilani@hotmail.com

Submetido em: 4-10-2016

Aceito em: 1-11-2016

INTRODUÇÃO

A doença falciforme configura-se como um problema de saúde pública no Brasil por ser a doença hereditária de maior prevalência no país¹. Ela é causada por uma mutação no gene beta da hemoglobina, que origina uma molécula de hemoglobina alterada, denominada S (Hb S), no lugar da hemoglobina A (Hb A). Essas moléculas podem sofrer polimerização, com falcização das hemácias, as quais assumem forma de foice, dando origem ao nome falciforme².

A denominação anemia falciforme é reservada para a forma da doença que ocorre em homozigose (SS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S¹.

A anemia falciforme é uma doença crônica incurável, porém seus sintomas podem ser amenizados, fornecendo, assim, uma saúde geral satisfatória; para isso esses pacientes necessitam que seja estabelecida uma relação multidisciplinar. A doença pode acarretar várias consequências sistêmicas, como alta propensão a infecções, crises dolorosas agudas, úlceras de perna, crises hemolíticas, priapismo, acidente vascular cerebral e insuficiência crônica de múltiplos órgãos e sistemas^{2,3}.

Na cavidade oral dos pacientes portadores de anemia falciforme, mudanças significativas também são observadas. Os achados mais comuns são palidez da mucosa oral, erupção dentária retardada ou um grau de periodontite incomum nas crianças, língua lisa, descolorada e despapilada, hipomaturação e hipomineralização do esmalte e da dentina, necrose pulpar assintomática, hipercementose, e anormalidades ósseas craniofaciais, principalmente protrusão maxilar, com conseqüente má-oclusão tipo II de Angle^{3,4}.

O presente estudo teve como objetivo apresentar o caso de uma paciente portadora da anemia falciforme, enfatizando suas manifestações bucais e quais os cuidados que o cirurgião-dentista deve ter no atendimento destes pacientes.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos compareceu ao Hospital Militar de Curitiba para a colocação de um implante, após a exodontia do dente 34, por perfuração radicular durante tratamento endodôntico, o qual foi indicado devido a uma fratura coronária. A anamnese revelou tratar-se de uma paciente portadora de anemia falciforme que já fazia uso de hidroxiuréia (HU), em razão da doença. Solicitada avaliação médica pré-operatória, o médico responsável liberou-a para o procedimento, sem restrições, recomendando apenas a realização de antibioticoprofilaxia.

O exame físico extrabucal apresentava-se dentro dos padrões normais e no exame intraoral constatou boa saúde bucal e bom padrão oclusal. Em relação ao tecido mole da região edêntula foi possível observar tecido saudável, sem inflamação, com preservação da papila distal do dente 33 e mesial do dente 35, além de espaço protético satisfatório no sentido gengivo-oclusal e mesio-distal (Figura 1). O exame radiográfico e tomográfico revelou que havia espaço suficiente para o posicionamento tridimensional correto do implante (Figura 2).



Figura 1: Aspecto intrabucal, evidenciando boas condições para instalação do implante.

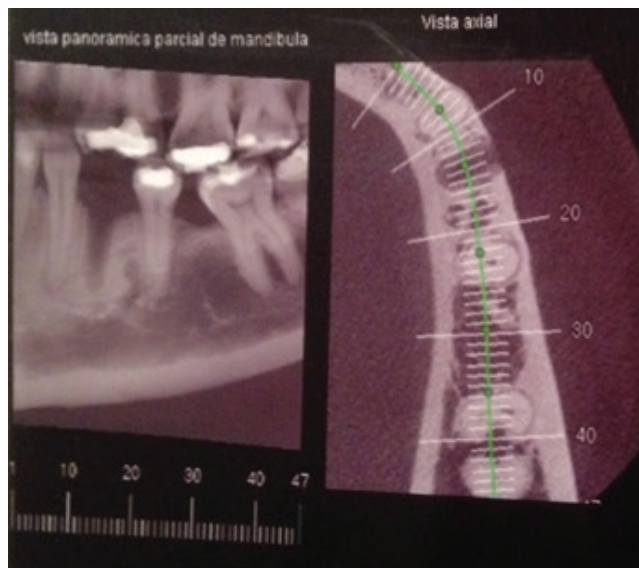


Figura 2: Tomografia, vista panorâmica parcial da mandíbula e vista axial, mostrando espaço satisfatório para a colocação do implante.

Prescreveu-se 2 g de amoxicilina 1 hora antes da fase cirúrgica. Após a anestesia local, foi realizada a incisão sobre a crista do rebordo alveolar edêntulo, estendendo-se à região intrasulcular dos dentes 33 e 35. Um retalho de espessura total foi afastado garantindo o acesso cirúrgico ao tecido ósseo da região do dente 34.

Em seguida, com guia cirúrgico posicionado, foi realizada a perfuração para preparação do alvéolo cirúrgico. O implante foi posicionado (Straumann, tipo cone Morse), fixado o tapa implante e o retalho foi suturado com fio de nylon 5.0 (Figura 3).



Figura 3: Aspecto intrabucal, após a sutura, com o implante em posição.

Não houve nenhuma intercorrência trans ou pós-operatória. Para o pós-operatório foi prescrito amoxicilina 500 mg, a cada 8 horas, durante 07 dias e paracetamol 750 mg, a cada 06 horas em caso de dor. Na avaliação pós-operatória, no sétimo dia após a cirurgia, a cicatrização era satisfatória e os pontos foram removidos.

Após quatro meses, realizou-se a cirurgia de reabertura, instalando-se o cicatrizador, com um retalho de espessura parcial. Dez dias depois, selecionou-se e instalou-se o componente protético, munhão universal cone morse. Após as etapas clínicas de moldagem e obtenção de modelos de trabalho foi confeccionada a coroa metalocerâmica unitária parafusada.

DISCUSSÃO

A doença falciforme é uma das doenças hematológicas hereditárias mais comum em todo o mundo^{1,5}. A maioria dos indivíduos com doença falciforme apresenta-se saudável ao nascer e, geralmente, os sintomas começam aparecer dentro os primeiros 6 meses de vida, com anemia e doença vascular sendo as principais características da doença³. Pacientes com doença falciforme podem apresentar manifestações clínicas variadas e de diferentes graus de gravidade, dependendo da fase da doença. Por isso a importância de se estar atento a sinais clínicos como, palidez da mucosa, coloração, anormalidades radiográficas, atraso na erupção dos dentes, doenças de esmalte e dentina, como hipomaturação e hipocalcificação, alterações nas células superficiais da língua, má-oclusão, hiper cementose e um grau elevado de periodontite nas crianças^{3,6}.

Com a doença falciforme, outras condições, como a necrose pulpar, podem se desenvolver mais facilmente. A doença falciforme é um fator de risco potencial para a necrose pulpar em dentes permanentes clinicamente intactos⁷. Da mesma forma, sugere-se que o indivíduo com doença falciforme é mais propenso a ter um risco aumentado para

lesões cáries, porém nos estudos essa relação vem acompanhada do fator econômico, onde os indivíduos com renda baixa tiveram um resultado elevado perante aos com renda superior^{8,9}. A literatura também aponta a relação da infecção dentária complicada por uma crise de células falciformes, aumentando significativamente a probabilidade de internação hospitalar entre os pacientes adultos com doença falciforme¹⁰.

Um ponto bem característico da anemia falciforme são as variações ortopédicas associadas à doença. Isso se explica pelo fato das células vermelhas do sangue ter menor capacidade de transportar oxigênio para os tecidos, resultando em uma dificuldade de circulação e causando uma redução na sua vida útil, de 120 dias para aproximadamente 20 dias. A destruição precoce das células vermelhas do sangue faz com que elas sejam constantemente produzidas, causando hiperplasia e expansão compensatória da medula óssea, resultando em mudanças nas estruturas ósseas que podem ser observadas radiograficamente^{2,11}.

As anormalidades craniofaciais mais comuns em indivíduos com anemia falciforme, relatadas na literatura, são protrusão maxilar, overjet, overbite e retrusão mandibular; estes fatores são decisivos no desenvolvimento da má-oclusão tipo Classe II de Angle. O mau posicionamento dentário pode produzir distúrbios funcionais na mastigação, fonação e respiração, sendo, portanto, recomendado que portadores de anemia falciforme tenham acesso ao tratamento ortodôntico, juntamente com suporte fonoaudiológico para prevenir ou minimizar estas condições⁴.

A qualidade de vida pode ser estável, quando não há crises de dor e as infecções permanecem sempre controladas^{12,13}. Há recursos terapêuticos para controlar espécies de fungos na cavidade oral, como a hidroxiuréia; para evitar infecções o antibiótico profilático se faz necessário, e dentro de um quadro infeccioso já instalado, lança-se mão do antibiótico terapêutico¹⁴.

Durante um ato cirúrgico o paciente com anemia falciforme está dentro de uma margem de riscos de várias complicações, entre elas infecções que podem induzir uma crise de dor. É essencial que os cirurgiões dentistas estejam educados e preparados para gerir de forma correta esses quadros¹⁵.

O tratamento odontológico eficaz para o paciente com anemia falciforme é possível, desde que este não se encontre em uma situação de crise. Neste período, somente atendimentos de emergência devem ser realizados, não se justificando atendimentos eletivos¹⁵. O tratamento sempre deve envolver o cirurgião dentista e o médico e uma comunicação esclarecedora e eficiente ao paciente¹⁶.

CONCLUSÃO

- Para tratar um paciente com anemia falciforme é preciso estar atento, sempre evitando o atendimento em períodos de crises. A prevenção de infecções oriundas dos procedimentos realizados pelo cirurgião dentista é fundamental, e, por esta razão, a antibioticoprofilaxia é obrigatória. A relação multidisciplinar, com frequente contato médico/cirurgião dentista, é de suma importância, garantindo, desta maneira, o melhor atendimento possível ao paciente.

REFERÊNCIAS

- 1-Guimarães CTL, Coelho GO. A importância do aconselhamento genético na anemia falciforme. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15 (1): 1733-1740.
- 2-Costa CPS, Carvalho HLCC, Thomaz EBAF, Sousa SFC. Craniofacial bone abnormalities and malocclusion in individuals with sickle cell anemia: a critical review of the literature. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2012; 34(1): 60-3.
- 3-Paraizo JU, Rech IA, Azevedo-Alanis LR, Pianovski MA, De Lima AA, Machado MÂ. Cytomorphometric and cytomorphologic analysis of oral mucosa in children with sickle cell anemia. *J Cytol* 2013; 30(2): 104-8.
- 4-Costa CP, Carvalho HL, Thomaz EB, Sousa SF. Craniofacial bone abnormalities and malocclusion in individuals with sickle cell anemia: a critical review of the literature. *Rev Bras Hematol Hemoter.* 2012;34(1):60-3.
- 5-Pithon MM. Orthodontic treatment in a patient with sickle cell anemia. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 140(5): 713-9.
- 6-Devine BP. What Dentist Should Know About Sickle Cell Disease. *Tex Dent J.* 2013; 130(11): 1123-1127.
- 7-Luna ACA, Rodrigues MJ, Menezes VA, Marques KMG, Santos FA. Caries prevalence and socioeconomic factors in children with sickle cell anemia. *Braz Oral Res.* 2012; 26(1): 43-9.

- 8-Laurence B, George D, Woods D, Shosanya A, Katz RV, Lanzkron S, et al. The association between sickle cell disease and dental caries in African Americans. *Spec Care Dentist* 2006 ; 26(3): 95–100.
- 9- Costa CPS, Thomaz EBAF, Souza SFC. Association between Sickle Cell Anemia and Pulp Necrosis. *J Endod.* 2013; 39(2): 177–181.
- 10-Laurence B, Haywood C Jr, Lanzkron S. Dental infections increase the likelihood of hospital admissions among adult patients with sickle cell disease. *Community Dent Health.* 2013; 30(3): 168–172.
- 11- Licciardello V, Bertuna G, Samperi P. Craniofacial morphology in patients with sickle cell disease: a cephalometric analysis. *European Journal of Orthodontics* 2007; 29 (10): 238–242.
- 12- Bryant C, Boyle C. Sickle Cell Disease, Dentistry and Conscious Sedation. *Dent Update.* 2011; 38(10): 486–492.
- 13- Ralstrom E, Fonseca MA, Rhodes M, Amini H. The Impact of Sickle Cell Disease on Oral Health-related Quality of Life. *Pediatr Dent* 2014; 36(1):24-8.
- 14-Salvia ACRD, Figueiredo MS, Braga JAP, Pereira DFA, Brighenti FL, Koga-Ito CY. Hydroxyurea therapy in sickle cell anemia patients aids to maintain oral fungal colonization balance. *J Oral Pathol Med.* 2013; 42(3): 570–575.
- 15- Stanley AC, Christian JM. Sickle Cell Disease and Perioperative Considerations: Review and Retrospective Report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2013; 71(2): 1027-1033.
- 16- Caracas MS, Jales SP, Jales Neto LH, Castro JCS, Suganuma LM, Fonseca GHH, et al. Temporomandibular joint arthritis in sickle cell disease: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radio.* 2013; 115(2): 31-35.