

anos de idade, diagnosticado com Hemofilia A grave (em profilaxia com infusão de 1500 UI de fator de coagulação VIII em dias alternados) compareceu no ambulatório de Odontologia relatando dentes com mobilidade. Ao exame físico intraoral, apresentava ausência de alguns dentes, higiene oral insatisfatória, acúmulo de biofilme e cálculo dental, doença periodontal e mobilidade grau III em molares superiores e inferiores. Não foram identificadas lesões cariosas e a mucosa oral apresentava-se íntegra, bem lubrificada e normocorada. Uma radiografia panorâmica foi solicitada para avaliação complementar e definição de conduta. Foi possível identificar perda óssea vertical e horizontal generalizada, mais extensa na região de segundos e terceiros molares e pré-molar inferior direito. Além do diagnóstico de Hemofilia A grave, o paciente ainda apresentava plaquetopenia (74.000/mm³) devido à hepatopatia crônica, agravando a condição hematológica. As exodontias necessárias foram realizadas em sessões distintas. Previamente as extrações dentárias, o paciente realizou dose de reforço de reposição do fator de coagulação VIII conforme orientação do hematologista e administração de 500 mg de ácido tranexâmico via oral de 8 em 8 horas por 4 dias, iniciando um dia antes do procedimento. Durante o transoperatório, foram realizadas manobras de hemostasia local, utilizando ácido tranexâmico de forma tópica (ampola de 5 ml) e sutura abundante com fio reabsorvível. As exodontias foram realizadas sem intercorrências. Após boa evolução clínica pós-operatória, apresentando boa cicatrização e ausência de sangramento, foi realizada a exodontia dos demais dentes, fazendo uso das mesmas manobras de planejamento hemostático, tanto locais quanto sistêmicas. A terapia periodontal, com realização de raspagem supra e subgingival, foi dividida em diferentes dias de atendimento, por quadrantes. Para esta etapa, o paciente realizava previamente às sessões, infusão do fator de coagulação deficiente nas doses de rotina associado ao uso de ácido tranexâmico via oral, continuado apenas em caso de sangramento persistente. Além disso, foi realizada irrigação com clorexidina 0,12% para controle químico do biofilme bacteriano e aplicação de laser de baixa intensidade na região cervical de pré-molar inferior direito (3J em 3 pontos, comprimento de onda infravermelho) para auxiliar na redução da sensibilidade dentária associada a recessão gengival. A reposição de fator de coagulação e a correta administração do ácido tranexâmico, seja de forma sistêmica ou local, associados à demais manobras hemostáticas, são essenciais para o sucesso de procedimentos odontológicos invasivos em pacientes com distúrbios de coagulação, como a Hemofilia A grave.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.991>

ABSCESO DENTÁRIO AGUDO: RELATO DE CASO CLÍNICO

SCS Passos, LCP Sousa, MS Costa, HLC Silva, GRR Ibraim, ECGC Felix, VLD Costa

Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (HEMORIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A Doença Falciforme (DF) é uma doença hematológica hereditária de grande importância epidemiológica no

Brasil e no mundo, com elevados índices de morbidade e letalidade. Acarreta alto grau de sofrimento ao longo da vida e acomete majoritariamente a população negra, que coincidentemente, constitui a população com menor poder aquisitivo neste país dispondo de acesso limitado a serviços de assistência à saúde (público ou privado). A DF apresenta uma série de manifestações clínicas que podem influenciar o planejamento do tratamento odontológico, além disso, também pode apresentar manifestações bucais como alterações ósseas, atraso na erupção dentária, episódios frequentes de dor, osteomielite, e grande susceptibilidade a infecções bacterianas. Os processos infecciosos são críticos nestes indivíduos necessitando muitas vezes de hospitalização. **Objetivo:** Relatar o caso clínico de uma paciente com DF com abscesso dentário agudo, internada em um hospital de referência para pacientes onco-hematológicos no Rio de Janeiro. **Método:** Relato de caso descrevendo a anamnese, história médica pregressa, exame clínico, radiografia periapical e tomografia computadorizada. **Relato de caso:** Paciente, 43 anos, sexo feminino, negra, admitida no Serviço Pronto Atendimento do Instituto de Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti – HEMORIO com queixa de dor há 3 dias, associado ao edema local. Hipótese diagnóstica pelo médico plantonista foi abscesso dentário. Paciente foi hospitalizada para antibioticoterapia venosa (amoxicilina + clavulanato de potássio (IV) e controle da dor (dipirona sódica EV), seguido de avaliação pelo Serviço de Odontologia da referida unidade. Ao exame físico, foi observado aumento de volume na face esquerda, doloroso à palpação e certa limitação de abertura de boca. O exame intrabucal confirmou aumento de volume em fundo de vestibulo na região do elemento 26 com destruição coronária, além da necessidade de múltiplas exodontias e tratamentos restauradores. Radiograficamente, lesão periapical no 26 e destruição coronária. 48 horas após a medicação, apresentou ponto de flutuação na região e aumento da abertura de boca, desta forma, a mesma foi submetida à intervenção cirúrgica no consultório de odontologia, sob anestesia local, para a incisão e divulsão da coleção purulenta. Previamente ao procedimento, a paciente permaneceu com a antibioticoterapia, adequação de dieta e a instrução rigorosa de saúde bucal (com a entrega de kit de higiene e folder educativo) foi instituída. Na drenagem do abscesso foi observado a saída de grande volume de secreção purulenta e no dia posterior, a franca regressão do edema além disso, a paciente relatou ausência da sintomatologia dolorosa. A mesma foi agendada para a realização do tratamento odontológico, incluindo a remoção da causa. **Discussão:** De acordo com a literatura, os quadros infecciosos são as complicações mais frequentes em indivíduos com DF e pode acarretar em abscessos, celulites, até ao óbito, quando não intervindo corretamente. **Conclusão:** O CD deve saber manejar corretamente os pacientes com DF e realizar o efetivo controle dos quadros infecciosos, a fim de evitar as complicações graves que podem levar o paciente ao óbito. Ademais, o CD inserido na equipe multidisciplinar, deve atuar na proteção, recuperação e reabilitação em saúde, com ações centradas no sujeito e praticar, concomitantemente, a educação em saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.992>