Como promover exodontia segura para pacientes com angioedema hereditário?

How to promote safe extraction patients with hereditary angioedema?

Takuro Sanuki, Toshihiro Watanabe, Shinji Kurata, Takao Ayuse. Perioperative management of tooth extractions for a patient with hereditary. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. 2014 June. doi: 10.1016/j.joms.2014.08.026.

FELIPE ALAN ROMANCINI
Graduando de Odontologia na FOL/Unimep

O Angioedema Hereditário (AEH) é uma doença genética causada pela deficiência de uma proteína chamada Inibidor de C1-esterase (C1-INH). Essa proteína normalmente ajuda o organismo a combater infecções e a controlar a coagulação do sangue e sangramentos. No paciente com angiodema, a deficiência de C1-INH causa um aumento da liberação de bradicinina, causando vasodilatação, levando à formação do edema nos tecidos vizinhos ao vaso dilatado.

As crises possuem caráter agudo, recorrentes e espontâneos de edema (inchaço) da pele. Os sítios geralmente acometidos são as extremidades corpóreas, ou seja, mãos, pés, braços, pernas, coxas, face e genitais, bem como as membranas internas como aparelho digestivo, laringe e garganta. E é neste ponto que se encontra a importância para a Odontologia, pois o edema d laringe é fatal em função do risco de sufocação (asfixia).

De acordo com a Associação Brasileira de Portadores de Angioedema Hereditário (Abranghe), as crises podem ser desencadeadas por diversos fatores como o estresse, trauma, menstruação, infecções e cirurgias. Com essas informações é possível questionar: Como o Cirurgião-Dentista poderá intervir cirurgicamente num paciente portador de AEH? Qual poderá ser o manejo odontológico pré e pós-operatório para que se faça exodontias nesse paciente?

Visando responder a essas perguntas, o presente artigo apresentou um relato de caso a respeito de avulsões dentárias em paciente com alto risco de ataque de laringe por AEH. A paciente, raça amarela, de 26 anos, portadora de angioedema hereditário, foi diagnosticada com pericoronarite, devido à erupção dos quatro terceiros molares, e se viu necessitada à remoção dos mesmos. Descobriu-se portadora de deficiência de C1-INH aos 24 anos com intensa dor abdominal e edema intestinal. Foi então medicada com ácido tranexâmico- 2000 mg / dia.

Para realizar as exodontias optaram pela sala de cirurgias do hospital universitário, dado à eventual necessidade de traqueostomia de emergência ou intubação. Como medida profilática foi administrado à paciente 1000 unidades de concentrado de C1 - INH (Inativador Humano Liofilizado - C1 , Berinert ; CSL Behring , Victoria , Austrália) por via intravenosa uma hora antes da chegada na sala de cirurgia do HU.

No momento pré-cirúrgico a paciente demonstrou ansiedade, ou seja, quadro inicial de estresse. Assim sendo foi administrado para sua sedação 3,5 mg de midazolam e infusão alvo-controlada de propofol (1,8 ug / ml). O flurbiprofeno axetil (50 mg) e paracetamol (1000 mg) foram administrados por via intravenosa para controlar a dor pós-operatória. A anestesia local foi realizada com Lidocaína 1% sem vasoconstritor.

Os sinais vitais da paciente foram controlados durante todo o procedimento, e mantiveram-se estáveis, o que representou um fator positivo com relação ao manejo do AEH. O procedimento cirúrgico durou em torno de 31 minutos e o tempo de sedação foi de 56 minutos. A paciente foi transportada, logo em seguida, para a unidade de terapia intensiva, ficando sob observação durante 48 horas. Não foi observada complicações de saúde, nem ataques relativos ao angioedema, e após 3 dias recebeu alta.

Por esta experiência e o presente relato de caso, questões anteriormente levantadas podem ser sanadas, no que se refere à capacidade do Cirurgião-Dentista de intervir num paciente portador de AEH apenas a nível ambulatorial, ou semelhante ao caso, pacientes com alto risco de ataques laríngeos, é mais seguro que se realize numa sala cirúrgica devidamente equipada para atendimentos de emergência.

Para garantir o sucesso da cirurgia, é necessário um planejamento prévio e um protocolo medicamentoso eficaz. No presente trabalho, os autores optaram por administrar, por via intravenosa, de 500-1000 unidades de C1 - INH concentrado 1 hora antes da cirurgia, para evitar o ataque laríngeo induzido por AEH

no período pré – operatório, o que se mostrou amplamente eficaz. Concomitantemente, a sedação induzida se faz necessária, visto que o estresse torna-se um grande vilão, podendo ser fundamental para desencadear crises sérias.

Os autores utilizaram como ansiolíticos midazolam e propofol, eficazes no controle da ansiedade. Não foi utilizado, para o procedimento, anestésicos locais com vasoconstritores, visto que a adrenalina é um dos agentes desencadeadores de crises de AEH.

Medicação analgésica para controle de dor pós-operatória também foi utilizada, de maneira intravenosa, o que contribuiu para uma recuperação confortável, e com redução do estresse devido ao controle da dor pós-operatória.

O atendimento de pacientes com AEH é de risco para o cirurgião-dentista? Sim, é. Entretanto, quando o conhecimento do problema é visualizado e a necessidade de procedimentos cirúrgicos é eminente, a pergunta a ser feita é como realizar atos cirúrgicos com segurança para o paciente? Quais os riscos e benefícios? Há que se responder positivamente a isso, de modo a utilizar os recursos de interação multidisciplinar e atuação hospitalar do profissional, salvaguardando o paciente de quaisquer complicações e riscos.