



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

VALÉRIA CAMPOS MARIANO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DOS PACIENTES COM
DOENÇAS HEMATOLÓGICAS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA**

Londrina
2013

VALÉRIA CAMPOS MARIANO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DOS PACIENTES COM
DOENÇAS HEMATOLÓGICAS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Augusto Ito

Londrina
2013

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

M333a Mariano, Valéria Campos.

Avaliação da saúde bucal dos pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina / Valéria Campos Mariano. – Londrina, 2013.

52 f. : il.

Orientador: Fabio Augusto Ito.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, 2013.

Inclui bibliografia.

1. Saúde bucal – Avaliação – Teses. 2. Doença periodontal – Teses. 3. Cáries dentárias – Teses. 4. Doenças hemorrágicas – Teses. 5. Anticoagulantes – Teses. I. Ito, Fabio Augusto. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.314:616.15

VALÉRIA CAMPOS MARIANO

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DOS PACIENTES COM DOENÇAS
HEMATOLÓGICAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LONDRINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Fabio Augusto Ito

BANCA EXAMINADORA

Fábio Augusto Ito
UEL- Londrina - PR

Cássia Cilene Dezan Garbelini
UEL- Londrina – PR

Eduardo Baumli Campanholi
CESCAGE – Ponta Grossa – PR

Ana Lucia Carrinho Ayrosa Rangel
UNIOESTE – Cascavel – PR

Ricardo Sergio Couto de Almeida
UEL- Londrina - PR

Londrina, 5 de abril de 2013.

Primeiramente quero agradecer à Deus que através do seu infinito amor iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Aos meus pais José Carlos e Tereza que me deram força, amor e coragem, e pelos seus ensinamentos que vou levar para o resto da vida.

À minha querida irmã Vanessa pelo apoio moral, que de forma especial e carinhosa, preocupou-se até com os problemas pessoais pelos quais passei durante este período.

Às minhas colegas de curso, Gabi e Mari, obrigada pelos momentos partilhados e pelas mãos estendidas quando precisei de vocês.

Ao meu amigo João pela disponibilidade e pela amizade partilhada, sem hesitar, no momento em que mais precisei. Sou grata pela sua colaboração no trabalho e pelo carinho.

À Aneliza e Lígia, a ajuda de vocês foi fundamental na realização deste trabalho.

À minha amiga Jamile pela força e carinho, obrigada por fazer parte da minha vida.

Ao meu primo Roberto, obrigada pela ajuda na correção do meu trabalho e por todos os e-mails enviados por mim fora de hora e você prontamente respondeu.

Agradeço ao meu namorado, amigo e companheiro Caio pelas incontáveis vezes que me ofereceu seu ombro para eu rir, chorar ou simplesmente descansar. Você foi meu porto seguro nesta etapa da minha vida.

Aos meus colegas de trabalho, pela força que me deram, apesar do pouco tempo que nos conhecemos. Em especial à Nereide por toda sua dedicação em me ajudar lendo e relendo a pesquisa.

À professora e amiga Áurea Regina Telles Pupulin, por todos esses anos de oração, companheirismo e amizade, com certeza você faz parte desta conquista.

Aos pacientes que participaram do trabalho, por permitirem a realização do mesmo.

Aos funcionários do setor de hematologia, em especial ao Dr. Fausto pelo carinho, apoio pessoal e profissional, através dos conselhos e ensinamentos.

À Universidade Estadual de Londrina, instituição na qual tenho um enorme carinho, por todos os ensinamentos que recebi desde a época de graduação.

Aos professores do mestrado, por todo o conhecimento compartilhado, em especial à professora Solange, que sempre esteve pronta em ajudar em qualquer situação.

À Professora Dra. Cássia pela solidariedade, experiência e conhecimento partilhados comigo.

Ao meu orientador e Professor Dr. Fabio pela sua competência profissional, disponibilidade e pelas críticas positivas nesse longo percurso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento parcial da pesquisa (bolsa de estudo).

“A democratização das nossas sociedades se constrói a partir da democratização das informações, do conhecimento, das mídias, da formulação e debate dos caminhos e dos processos de mudança”. (Herbert de Souza).

MARIANO, Valéria Campos. **Avaliação da saúde bucal dos pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina**. 2013. 52f. (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

RESUMO

Pacientes com doenças hematológicas constituem um desafio na prática odontológica e poucos são os estudos encontrados que associam a condição de saúde bucal com o estado clínico dos pacientes. Segundo dados do Ministério da Saúde há no Brasil atualmente mais de 15.000 pessoas com distúrbios hemorrágicos. Esta população é mais susceptível a algumas doenças, entre elas a cárie e a doença periodontal. O objetivo da pesquisa foi avaliar a condição de saúde bucal de pacientes com desordens hematológicas atendidos no ambulatório de hematologia do HU-UEL e detectar a presença de cárie, a necessidade de tratamento endodôntico e a prevalência e severidade da doença periodontal. **METODOLOGIA:** A amostra estudada foi composta por pacientes com doenças hematológicas com idade a partir de 7 anos e que frequentavam o ambulatório de hematologia, sendo dividida em dois grupos: O grupo que realizava terapia com anticoagulante oral (GA) e o que não utilizava anticoagulante oral (GSA). Foram avaliadas presença de cárie, necessidade de tratamento endodôntico e prevalência e severidade da doença periodontal. **RESULTADOS:** Constatou-se que a média de CPO-D do grupo GA foi superior a do grupo GSA, assim como a média de dentes perdidos. Ambos os grupos apresentaram necessidade de tratamento endodôntico e destes a maioria dos pacientes, possuía apenas um dente com indicação para endodontia. Os pacientes do grupo GSA foram menos acometidos pela doença periodontal quando comparados ao grupo GA ($P=0,036$). Em ambos os grupos houve predomínio de recessão gengival e cálculo dentário; a maioria dos pacientes não apresentou necessidade de exodontias, presença de mobilidade dentária, sangramento gengival e lesões bucais. Houve um alto número de pacientes com uma higiene oral ruim e os pacientes adultos apresentaram um alto índice de doença periodontal. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que o uso de anticoagulante está associado a uma pior condição de saúde bucal. A falta de um acompanhamento e atendimento odontológico adequado aos pacientes avaliados e a idade destes pacientes, principalmente no grupo GA onde os pacientes eram mais velhos, podem ter contribuído para estes resultados. Poderia haver a melhora da condição de saúde bucal se estes pacientes fossem inseridos numa equipe multidisciplinar, tivessem informações sobre saúde bucal e houvesse a implantação de centros especializados para atendimento e acompanhamento dos pacientes.

Palavras-chave: Saúde bucal – avaliação. Doenças periodontal. Cáries dentárias. Doenças hemorrágicas. Anticoagulantes.

MARIANO, Valéria Campos. **Avaliação da saúde bucal dos pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina**. 2013. 52p. (Mestrado em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2013.

ABSTRACT

Patients with hematological malignancies are a challenge in dental practice and there are few studies found that associate oral health with the clinical status of patients. According to the Ministry of Health in Brazil there are today more than 15,000 people with bleeding disorders. This population is more susceptible to some diseases, including caries and periodontal disease. The objective of this study was to evaluate the oral health status of patients with hematological disorders the ambulatory hematology HU-UEL and detecting the presence of caries, the need for endodontic treatment and the prevalence and severity of periodontal disease. **METODOLOGY:** The sample was composed of patients with bleeding disorders aged from 7 years and that frequented the ambulatory hematology, divided into two groups: The group who performed oral anticoagulant therapy (AG) and who did not use oral anticoaguloante (WAG). Were evaluated the presence of caries, need for endodontic treatment and prevalence and severity of periodontal disease. **RESULTS:** It was found that the mean DMFT in the AG group was higher than the group WAG, as well as the average lost teeth. Both groups showed a need for endodontic treatment and most of them had only one tooth indicated for endodontia. Patients in group WAG were less affected by periodontal disease when compared with AG ($P = 0.036$). In both groups there was a prevalence of gingival recession and dental calculus, most patients showed no need for extractions, presence of tooth mobility, bleeding gums, and oral lesions. There was a high number of patients with poor oral hygiene and adult patients showed a high incidence of periodontal disease. **CONCLUSION:** Concluded that the use of anticoagulants is associated with worse oral health condition. Failure to monitoring and appropriate dental care to patients assessed and age of these patients, especially in the AG group where patients were older, may have contributed to these results. Could be improved oral health if these patients were included in a multidisciplinary team, have information about oral health and there was the implementation of specialized centers for care and monitoring of patients.

Key words: Oral health care. Periodontal disease. Hemorrhagic diseases. Anticoagulants (Medicine)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
3	CAPÍTULOS	14
3.1	Experiência de cárie e necessidade de tratamento endodôntico em pacientes portadores de desordens hematológicas.....	14
3.2	Prevalência e severidade da doença periodontal em pacientes portadores de desordens hematológicas	26
4	REFERÊNCIAS	39
	ANEXO	41
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética	42
	APÊNDICES	43
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	44
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Menor de 18 anos)	46
	APÊNDICE C – Questionário	48

1 INTRODUÇÃO

A coagulação sanguínea é responsável pela hemostasia após injúria vascular. Esta ocorre por uma série de causas como a interação de fatores intrínsecos e extrínsecos da cascata de coagulação, parede endotelial e plaquetas. A falha na coagulação sanguínea pode levar a consequências como a morte (CAPP *et al.*, 2001; DANIEL *et al.*, 2002; ROMNEY *et al.*, 2009).

Pacientes com distúrbios hematológicos estão cada vez mais a procura por tratamento odontológico, tornando o atendimento destes um desafio para os profissionais de saúde bucal. Esses pacientes possuem falta ou deficiência na coagulação sanguínea e requerem atenção especial, porém, devido a pouca ocorrência destas doenças, a maioria dos Cirurgiões Dentistas sentem-se inseguros em lidar com os problemas odontológicos desta população (ZIEBOLZ *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2010; ROMNEY *et al.*, 2009).

Os Cirurgiões Dentistas devem estar cientes do impacto das distúrbios sanguíneas no tratamento dentário. Cuidados profiláticos, restauradores e cirúrgicos dos pacientes com coagulopatias são mais bem realizados quando há o conhecimento sobre a doença, as complicações e as opções de tratamento associadas a estas circunstâncias, evitando assim, que o paciente vá a óbito. (MARQUES *et al.*, 2010; ROMNEY *et al.*, 2009).

As distúrbios sanguíneas podem ser classificadas como distúrbios da coagulação congênitos (von Willebrand, Hemofilias) e adquiridos (doença hepática, uso de anticoagulantes como a varfarina e por coagulação vascular disseminada), distúrbios da parede dos vasos sanguíneos, distúrbios plaquetários congênitos e adquiridos e distúrbios fibrinolíticos (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; PATTON *et al.*, 2003).

A doença de von Willebrand (DvW), considerada a mais comum distúrbio hemorrágico congênito, atinge aproximadamente 1% da população em geral (CHEN *et al.*, 2011; ZIEBOLZ *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2010). A patogênese desta doença resulta de defeitos qualitativos e quantitativos do fator de von Willebrand (FvW), proteína da hemostasia responsável pela ligação e estabilização do FVIII em circulação, e por mediar a adesividade plaquetária. A deficiência deste fator resultará em defeito na formação do tampão plaquetário e na

formação de fibrina (CHEN *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2010; CERVERÓ *et al.*, 2007; GÓMEZ-MORENO *et al.*, 2005; ISRAELS *et al.*, 2006; ZIV; RAGNE, 2004; SCHARDT-SACCO *et al.*, 2000). A DvW apresenta como manifestações clínicas hemorragias mucocutâneas como hematomas fáceis, epistaxes frequentes, menorragia e sangramento prolongado após extração dentária ou cirurgia (CHEN *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2010; ISRAELS *et al.*, 2006).

Outra doença hemorrágica congênita é a hemofilia, que é um distúrbio genético recessivo ligado ao cromossomo X causado pela deficiência de um gene da coagulação que induz à baixa ou inexistente produção de fatores da coagulação. Estes fatores são necessários para formação do coágulo sanguíneo, e quando há esta deficiência ocorre um risco maior de sangramento prolongado (HITCHINGS *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2010). A hemofilia afeta, aproximadamente, 1 a cada 10.000 pessoas e a gravidade da doença depende da sua extensão. As duas formas mais comuns são a hemofilia A, caracterizada pela deficiência quantitativa do fator VIII, também conhecida como hemofilia clássica; e a hemofilia B, ou doença de Christmas, caracterizada pela deficiência quantitativa do fator IX (HITCHINGS *et al.*, 2011; ZIEBOLZ *et al.*, 2011; MARQUES *et al.*, 2010). Os dois tipos são indistinguíveis clinicamente, caracterizados por hemorragia prolongada e ainda hemorragia espontânea, principalmente nas articulações, em casos mais graves (HITCHINGS *et al.*, 2011).

O uso de medicamentos anticoagulantes para morbidade e mortalidade por doença vascular pode desencadear também deficiências na hemostasia (LOCKHART *et al.*, 2003). O ácido acetilsalicílico (AAS) é um destes medicamentos, seu uso contínuo aumenta o risco de hemorragia pós-operatória porque faz com que aumente o tempo de sangramento. A Ticlopidina e o Clopidogre utilizados na prevenção secundária de doenças tromboembólicas em pacientes resistentes ou intolerantes ao AAS também ocasionam um aumento significativo da hemorragia pós-operatória em pacientes que tenham sido submetidos a cirurgias cardiovasculares (DANIEL *et al.*, 2002).

A heparina é um medicamento utilizado em pacientes hospitalizados para evitar a formação de coágulos em cateteres e diálise (LOCKHART *et al.*, 2003). É um proteoglicano que funciona como um cofator da antitrombina, acelerando a inibição principalmente dos fatores IIa e Xa. A heparina de baixo peso molecular

(HBPM) é utilizada em pacientes não hospitalizados com risco de trombose endovenosa. Exercem seus fatores anticoagulantes especialmente no fator Xa, é aplicada por via subcutânea uma à duas vezes ao dia em dose baseada no peso corporal. Quando o uso deste medicamento é de tempo prolongado deve-se fazer teste laboratorial para monitoramento como o teste anti-Xa e o TTPA (ISRAELS, 2006; LOCKHART, 2003).

A varfarina, um derivado cumarínico, é o anticoagulante oral mais utilizado desde os anos de 1940. Atua prevenindo vários eventos tromboembólicos, como aqueles que ocorrem com próteses valvulares cardíacas e fibrilação atrial. Em 2009, mais de 2 milhões de pacientes nos Estados Unidos iniciaram terapia com varfarina para todas as suas indicações, resultando em mais de 30 milhões de prescrições por ano (KIM *et al.*, 2009, WYSOWSKI ; NOURJAH; SWARTZ, 2007). Os pacientes em terapia anticoagulante de longo prazo estão em maior risco de sangramento diante de procedimentos cirúrgico ou trauma. O risco de hemorragia é relativo à intensidade da anticoagulação (ISRAELS *et al.*, 2006).

Algumas doenças sistêmicas, como a disfunção hepática e renal, podem predispor acoagulopatias adquiridas através de diferentes mecanismos, pois o fígado sintetiza a maior parte dos fatores de coagulação e é a fonte necessária para os fatores vitamina K-dependentes. Além disso, a insuficiência renal crônica causa um esgotamento dos sítios receptores para fibronectina e fator de von Willebrand, que são necessários para a hemostasia (CERVERÓ *et al.*, 2007; LOCKHART *et al.*, 2003).

Pacientes com doenças hemorrágicas muitas vezes possuem higiene bucal deficiente, por medo de ocorrer sangramentos durante a escovação dentária e/ou o uso do fio dental, o que aumenta os riscos de desenvolver doença periodontal, gengivite e cárie. Por outro lado, o cirurgião dentista, muitas vezes, tem receio de causar hemorragias e acaba negligenciando o tratamento, agravando ainda mais o quadro clínico dos pacientes (MARQUES *et al.*, 2010).

Conhecer as necessidades do paciente para o correto atendimento é primordial. Anamnese minuciosa do paciente auxilia especialmente em casos nos quais um procedimento invasivo é planejado, pois os distúrbios hemorrágicos podem dificultar a realização do tratamento (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007).

O tratamento odontológico a esses pacientes deve levar em consideração não apenas a natureza e a gravidade da doença, mas também o tipo, localização e extensão da intervenção. Decisões quanto ao tratamento dependem de uma fusão tanto das considerações locais como sistêmicas. Desta forma os cirurgiões dentistas devem estar conscientes de todas as necessidades que os pacientes com doenças hematológicas demandam, principalmente do impacto das hemorragias no tratamento odontológico (ISRAELS *et al.*, 2006).

2 OBJETIVOS

Esse trabalho, apresentado no modelo alternativo de dissertação, tem como objetivo Avaliar a saúde bucal de pacientes com coagulopatias atendidos no Hospital Universitário de Londrina – UEL:

Capítulo 1: Experiência de cárie e necessidade de tratamento endodôntico em pacientes portadores de desordens hematológicas.

Capítulo 2: Prevalência e severidade da doença periodontal em pacientes portadores de desordens hematológicas.

3 CAPÍTULOS

Artigo formatado nas normas da ABNT

CAPÍTULO 3.1

EXPERIÊNCIA DE CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM PACIENTES PORTADORES DE DESORDENS HEMATOLÓGICAS

RESUMO: Segundo dados do Ministério da Saúde há no Brasil atualmente mais de 15.000 pessoas com distúrbios hemorrágicos. Esta população é mais susceptível a algumas doenças, entre elas a cárie, que quando não tratada pode levar ao comprometimento pulpar necessitando de tratamento endodôntico ou ocasionando a perda do elemento dentário. O objetivo da pesquisa foi determinar a condição de saúde bucal em pacientes com desordens hematológicas do ambulatório de hematologia do HU-UEL, avaliar a prevalência de cárie e a necessidade de tratamento endodôntico. **Metodologia:** A amostra estudada foi composta por pacientes com doenças hematológicas com idade a partir de 7 anos e que frequentavam o ambulatório de hematologia, sendo dividida em dois grupos: O grupo que realizava terapia com anticoagulante oral (GA) e o que não utilizava anticoagulante oral (GSA). Foram avaliados: presença de cárie, pelo número de dentes cariados, perdidos e obturados e a necessidade de tratamento endodôntico. **Resultados:** Constatou-se que a média de CPO-D do grupo GA foi superior a do grupo GSA e que o grupo GA apresentou uma média de dentes perdidos de 10,32, valor maior que o encontrado no grupo GSA que foi de 2,89 ($P=0,003$). Ambos os grupos apresentaram necessidade de tratamento endodôntico e a maioria dos pacientes possuía apenas um dente com indicação para endodontia. Houve a presença de lesões periapicais em todos os elementos com comprometimento pulpar. **Conclusão:** Observou-se que o uso de anticoagulante está associado a uma pior condição de saúde bucal. A falta de um acompanhamento e atendimento odontológico adequado e a idade, principalmente no grupo GA onde os pacientes eram mais velhos, podem ter contribuído para estes resultados. Poderia haver a melhora da condição de saúde bucal se os pacientes fossem inseridos numa equipe multidisciplinar, tivessem informações sobre saúde bucal e houvesse a implantação de centros especializados para atendimento e acompanhamento dos pacientes.

Palavras-chave: Doenças hematológicas. Anticoagulantes. Cárie dentária. Endodontia.

INTRODUÇÃO

As doenças hemorrágicas congênitas afetam uma pequena parte da população (CORREA *et al.*, 2006) e ocorrem com muito menos frequência (1: 16.000 pessoas) do que defeitos da coagulação adquiridos (MIELNIK-BLASZCZAK, 1999), que decorrem, em geral, de processos autoimunes primários ou secundários, ou seja, associados ou não com outras doenças (REZENDE, 2010). A doença sistêmica hepática, o uso de anticoagulante, a coagulação intravascular disseminada e

deficiência de vitamina K são fatores que podem ocasionar um distúrbio de coagulação adquirido (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007). Segundo dados do Ministério da Saúde havia no Brasil em 2005 aproximadamente 9.000 portadores de coagulopatias congênitas (BRASIL, 2005), atualmente o registro é de mais de 15.000 pessoas com distúrbios hemorrágicos, sendo pelo menos 8.800 hemofílicos A, 1.700 hemofílicos B e os demais são portadores de outras coagulopatias (BRASIL, 2011).

Indivíduos com coagulopatias podem ter a saúde bucal comprometida que tanto podem afetar como ser afetada pela ocorrência de doenças sistêmicas. Assim as doenças hematológicas, congênitas ou adquiridas, têm o potencial de agravar a condição de saúde bucal e, conseqüentemente, comprometer ainda mais a qualidade de vida desta população. Porém, poucos são os estudos encontrados que associam os pacientes com doenças hemorrágicas e a sua condição de saúde bucal (CORREA *et al.*, 2006).

Entre os poucos estudos disponíveis, tem sido demonstrado que os portadores de desordens sanguíneas apresentam maior prevalência de cárie e doença periodontal, fato que pode ocorrer devido a falta de higiene oral eficiente por parte do paciente e a insegurança do cirurgião dentista quanto ao atendimento odontológico, ambos por medo de sangramento (CALIXTO, 2011; MARQUES *et al.*, 2010; GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; BREWER, *et al.*, 2003). Fiske *et al.* em 2002 encontraram uma média de CPO-D de 14,4 em pacientes com coagulopatias, relatando a necessidade de tratamento odontológico nesse grupo de pacientes. Outros autores também encontraram uma média alta do CPO-D avaliando pacientes com coagulopatias (CARCAO *et al.*, 2010; BASSO, 2009; HOTTZ, 2009; SONBOL *et al.*, 2001).

A deficiência na higiene oral aliada à carência de atenção odontológica adequada pode agravar a situação de saúde bucal destes pacientes, resultando em necessidade de tratamento endodôntico ou até mesmo a perda do dente. Sempre que possível, em portadores de desordens hematológicas, o tratamento endodôntico é preferível em relação às exodontias, porque geralmente não apresenta risco significativo de sangramento, podendo ser realizado rotineiramente (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007).

O objetivo deste estudo foi determinar a prevalência de cárie e necessidade de tratamento endodôntico em portadores de desordens hematológicas congênitas e adquiridas atendidos no setor de hematologia do Hospital Universitário de Londrina-PR (HU-UEL).

METODOLOGIA

A população do estudo foi composta por pacientes com doenças hematológicas, em controle ambulatorial no Hospital Universitário de Londrina-PR (HU-UEL), no período entre julho e dezembro de 2012. O consentimento de cada participante foi obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), conforme regulamenta a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina – Paraná – BR (Parecer nº 060/2012) (Anexo A).

Caracteriza-se como um estudo descritivo, transversal, observacional, que comparou a experiência de cárie e a necessidade de tratamento endodôntico entre dois grupos: Pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais (GA), neste caso, o ácido acetilsalicílico (AAS) e varfarina e pacientes que não fazem uso de anticoagulantes orais (GSA). Os pacientes de ambos os grupos apresentavam algum tipo de doença hematológica congênita ou adquirida. Os critérios de inclusão para o grupo GA foi fazer uso de anticoagulante oral, apresentar idade maior ou igual a 7 anos e frequentar o ambulatório de hematologia. Os pacientes do grupo GSA apresentaram os mesmos critérios de inclusão, porém estes não faziam uso de anticoagulante oral.

Para a coleta dos dados clínicos somente um examinador (cirurgião-dentista), realizou a anamnese e exame físico desses pacientes. A avaliação foi realizada em duas etapas: No primeiro momento, anamnese e fotografias intrabuciais, e na segunda etapa, o exame físico e radiografia periapical. Foi elaborado um questionário com dados demográficos, história médica, história odontológica, inspeção intra e extrabucal, avaliação da presença de cárie e avaliação endodôntica (Apêndice C).

A prevalência de cárie foi identificada por meio do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) e classificado segundo seu grau de severidade, em muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 2,6), médio (2,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto ($>$ ou $=$ a 6,6) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

A avaliação endodôntica foi realizada somente nos elementos dentários nos quais havia dúvidas sobre seu comprometimento pulpar e a necessidade ou não de se realizar a endodontia. Foi aplicado o questionário, utilizadas radiografias periapicais e testes térmicos feitos com spray de gás refrigerante e bastões de guta-percha aquecidos.

A distribuição de normalidade dos dados foi obtida com teste de Shapiro-Wilk. Dados com distribuição paramétrica foram avaliados pelo teste t de Student e expressos em média e desvio-padrão. Dados com distribuição não-paramétrica foram analisados com teste de Mann-Whitney U. A análise de frequência com dados categóricos foi avaliada com teste de Qui quadrado e teste Exato de Fisher. Valor de $p=0,05$. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS Statistics para windows v 20.0.

RESULTADOS

No início da avaliação, 58 pacientes que frequentavam o ambulatório de hematologia para tratamento e acompanhamento de doenças hematológicas, concordaram em participar da pesquisa. Durante a realização da segunda etapa permaneceram apenas 47 participantes, pois 11 não aceitaram continuar com a pesquisa ou não compareceram às avaliações, sendo então descartados da amostra.

O grupo GA foi composto por 28 pacientes com idade entre 11 e 67 anos e a média de idade de $44,50 \pm 15,21$ anos, sendo a maioria do gênero feminino (57,14%) e leucoderma (53,63%). O grupo GSA foi composto por 19 pacientes com idade entre 7 e 58 anos e a média de idade de $23,84 \pm 12,50$ anos, a maioria do gênero feminino (52,63%) e leucoderma (52,63%). Com relação ao gênero e etnia houve uma distribuição homogênea entre os grupos ($P=0,760$ e $P=0,506$, respectivamente) (Tabela 1), o que não ocorreu com a média de idade dos

pacientes, onde o grupo GA apresentou uma média de idade maior que o grupo GSA (P = 0,000).

Tabela 1 – Gênero e raça de acordo com o grupo.

Categoria	Grupo				P	
	GA		GSA			
	n	%	n	%		
Gênero	feminino	16	57,14	10	52,63	0,760
	masculino	12	42,86	9	47,37	
Etnia	leucoderma	15	53,57	10	52,63	0,506
	melanoderma	9	32,14	4	21,05	
	faioderma	4	14,29	5	26,32	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto a amostragem de doenças hematológicas, no grupo GA predominou a trombofilia sem causa diagnosticada (32,14%); no grupo GSA a púrpura trombocitopênica idiopática foi a mais comum estando presente em 6 (31,58%) pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 – Doenças Hematológicas apresentadas pelos voluntários de acordo com os grupos.

Variável	Grupos				
	GA		GSA		
	n	%	Variável	n	%
Trombofilia sem diagnóstico	9	32,14	Púrpura trombocitopênica	6	31,58
Sínd. Anticorpo antifosfolipídico	8	28,58	Doença de von Willebrand	5	26,32
Fator V de Leiden	3	10,72	Hemofilia A	2	10,53
Hemoglobinopatia SC	2	7,14	Anemia falciforme	2	10,53
Deficiência de fator VIII	2	7,14	Anemia de Falconi	1	5,26
Plaquetopenia sem diagnóstico	1	3,57	Hipofibrinogemia congênita	1	5,26
AVC sem diagnóstico	1	3,57	Plaquetopenia sem diagnóstico	1	5,26
Trombastenia de Glanzmann	1	3,57	Trombastenia de Glanzmann	1	5,26
Anemia falciforme	1	3,57			

Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação à prevalência de cárie, a média de CPO-D do grupo GA foi maior que do grupo GSA, com valores de $18,29 \pm 8,86$ e $11,00 \pm 8,17$, respectivamente ($P=0,006$). Houve um destaque para o componente de dentes perdidos onde a média do grupo GA foi maior que a do grupo GSA ($P= 0,003$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Composição do índice CPO-D.

	GA	GSA	P
	Média (DP)	Média (DP)	
Cariados	3,14 (3,17)	3,21 (4,74)	0,953
Perdidos	10,32 ^a (9,99)	2,89 ^a (6,41)	0,003
Obturados	4,82 (5,81)	4,89 (4,34)	0,963
CPOD	18,29 ^b (8,86)	11,00 ^b (8,17)	0,006

Média seguidas de letras iguais diferem entre si.

Ambos os grupos apresentaram CPO-D alto (4,5 a 6,5) e muito alto (> ou = a 6,6), onde 26 (92,86%) de pacientes foram do grupo GA e 16 (84,21%) do grupo GSA (Tabela 4).

Tabela 4 – Classificação do CPO-D.

Grupos	CPO-D						P
	muito baixo e baixo		médio		alto e muito alto		
	n	%	n	%	n	%	
GA	2	7,14	0	0	26	92,86	0,358
GSA	2	10,53	1	5,26	16	84,21	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os resultados da avaliação odontológica realizada mostraram que 7 (25%) pacientes do grupo GA e 3 (15,79%) do grupo GSA necessitavam de tratamento endodôntico. Tanto no grupo GA quanto no grupo GSA a maioria dos pacientes não apresentou necessidade de exodontias, embora o grupo GA tenha apresentado média maior de dentes perdidos. Dor foi pouco relatada em ambos os grupos (Tabela 5).

Tabela 5 – Necessidade de tratamento endodôntico e de exodontias e presença de dor em portadores de distúrbios sanguíneos que fazem uso ou não de anticoagulante.

Variável	Categoria	Grupos				P
		GA		GSA		
		n	%	n	%	
Endodontia	Não	21	75,00	16	84,21	0,718
	Sim	7	25,00	3	15,79	
Exodontia	Não	18	64,29	14	73,68	0,542
	Sim	10	35,71	5	26,32	
Dor	Não	20	71,43	14	73,68	1,000
	Sim	8	28,57	5	26,32	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Entre os pacientes que apresentaram necessidade de tratamento endodôntico a maioria (40%) possuía apenas um elemento dentário com comprometimento pulpar, sendo que todos os elementos dentários que necessitavam de endodontia apresentavam lesões periapicais ao exame radiográfico periapical.

DISCUSSÃO

No Brasil há a necessidade de levantamentos de dados da real e atual situação de saúde bucal dos pacientes hemofílicos e de outras coagulopatias e relacioná-los com as manifestações clínicas de sangramento ou não (CORACIN, 2008). Este fato mostra a relevância de nosso estudo, pois o conhecimento dessa necessidade auxilia para que se possa atuar realmente nos pontos em que há maior déficit.

Os resultados mostraram um equilíbrio quanto ao gênero e etnia entre os grupos avaliados, no entanto, houve um predomínio de mulheres no grupo GA. O maior percentual de mulheres nesse grupo pode ter ocorrido porque sabe-se que mulheres apresentam mais marcadores para trombofilia do que homens (MARQUES *et.al.*, 2009) e estão mais expostas à anticoncepcionais, gravidez ou condições de pós-parto, causas comuns da trombofilia (KALIL *et al.*, 2008; MOTA; GOLÇALVES; MANSILHA, 2011).

A média de idade do grupo GA foi maior que a do grupo GSA. Tal fato pode ser explicado pelas doenças de base distribuídas entre os grupos. A média

de idade em que eventos tromboembólicos que necessitam de terapêutica anticoagulante ocorrem, em geral, é por volta dos 45 anos (GUIMARÃES *et al.*, 2008; RAMOS *et al.*, 2008; STEFANO *et al.*, 2003; SELIGSHON; LUBETSKY, 2001). Os pacientes do grupo GSA em sua maioria apresentaram como doença hematológica a púrpura trombocitopênica idiopática, condição mais comum em crianças e adultos jovens (SIMONATO; MIYAHARA; BIAZOLLA, 2010).

No momento do estudo a população avaliada não recebia acompanhamento ou qualquer tipo de atendimento odontológico especializado, fato que pode ter contribuído para os altos índices de CPO-D encontrados. Em países desenvolvidos, tem ocorrido a redução no CPO-D em pacientes com doenças hematológicas, quando comparados com os países em desenvolvimento. Esse fato ocorre devido à existência de centros especializados que promovem avaliações dentárias periódicas e programas de prevenção e educação desde idades precoces, que incluem aplicações tópicas de flúor, selamento de fissuras, rigorosa dieta e instruções de higiene oral (KABIL; ALFY; METWALLI, 2007).

No estudo realizado por Fiske *et al.* em 2002, em pacientes com doenças hematológicas atendidos no Centro de Referência para Hemofílicos em Londres, que estavam em acompanhamento odontológico, a média de CPO-D encontrada foi menor do que em nossa pesquisa. Diferentemente da avaliação realizada por Basso, 2009 e Hottz, 2009, no Brasil, ambos com pacientes sob terapia anticoagulante oral, em que os resultados apresentados mostraram-se ligeiramente superiores aos encontrados em nosso estudo. Ziebolz *et al.* em 2011, avaliaram pacientes com desordens hematológicas congênitas atendidos na Faculdade de Medicina de Hannover na Alemanha, e a média de CPO-D encontrada pelos autores foi semelhante ao nosso estudo.

A média de dentes perdidos no grupo GA foi de 10,32 e mostrou-se superior ao grupo GSA onde a média foi de 2,89. O grupo GA apresentou idade superior ao grupo GSA o que pode ter colaborado para o alto índice de perda dentária. Em 1986, cerca de 10% da população brasileira aos 34 anos apresentava ausência total de dentes. Aos 41 e 48 anos de idade, esse problema atingia, respectivamente, 20 e 30% dos brasileiros e a partir dessa idade, a proporção foi cada vez maior (PINTO, 1997). Em estudo realizado por Barbato *et al.*, 2007, os autores avaliaram causas da perda dentária na população brasileira entre os anos

de 2002 e 2003 e encontraram alta prevalência de edentulismo e alta média de CPO-D na população adulta brasileira. Hottz em 2009 avaliou pacientes que faziam uso de anticoagulante oral, foi encontrado o valor de 15,3 para média de dentes perdidos. O autor sugere que o alto número de dentes perdidos pode ter sido ocasionado por um histórico de periodontite anterior.

Outra importante causa para perda dentária é a cárie, doença crônica e infecciosa que quando não tratada leva a necrose pulpar em seus estágios mais avançados (FRAZÃO; ANTUNES; NARVAI, 2003), conseqüentemente há a necessidade do tratamento endodôntico ou a perda do dente (exodontia). O tratamento endodôntico é geralmente de baixo risco para portadores de desordens hematológicas (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007; BREWER; CORREA, 2006; BREWER *et al.*, 2003), porém é importante que o procedimento seja realizado de forma cuidadosa para evitar que os instrumentos ultrapassem o ápice do canal radicular (BREWER; CORREA, 2006). A presença de tecido pulpar remanescente pode levar a sangramentos durante o procedimento que pode ser facilmente controlado através da irrigação com hipoclorito de sódio e pasta de hidróxido de cálcio (BREWER; CORREA, 2006; BREWER *et al.*, 2003). Ambos os grupos avaliados nesta pesquisa necessitavam de tratamento endodôntico, sendo que a maioria dos pacientes com indicação para este procedimento apresentou apenas um dente com comprometimento pulpar. Apesar da literatura mostrar que não há risco significativo de sangramento durante a endodontia e que esta complicação, quando presente, pode ser facilmente controlada, todos os pacientes avaliados relataram insegurança dos Cirurgiões Dentistas na realização, não só deste procedimento, mas do atendimento odontológico em geral.

Foi observado que o uso de anticoagulante oral está associado a uma pior condição de saúde bucal. Apesar de haver pouco relato de dor dentária pelos pacientes, foi encontrado como resultados altos índices de CPO-D e a necessidade de tratamento endodôntico em ambos os grupos mostrando uma saúde bucal comprometida. O tratamento endodôntico em indivíduos portadores de coagulopatias, apesar de não oferecer risco significativo à saúde dos mesmos, pode ser mais traumático porque gera insegurança no paciente e no dentista quanto ao tratamento a ser realizado, além disso, demanda apoio especializado. A falta de um acompanhamento e atendimento odontológico adequado e a faixa etária dos

pacientes, principalmente no grupo GA onde eram mais velhos, podem ter contribuído para estes resultados. Melhora da qualidade de saúde bucal ocorreria se estes pacientes tivessem maior acesso a informações sobre higiene oral, doenças bucais e suas consequências, e acompanhamento odontológico contínuo. Além disso, esta população poderia ser inserida numa equipe multidisciplinar de saúde, que salientaria a importância da prevenção como um todo, inclusive a saúde bucal. Há ainda necessidade de cirurgiões dentistas capacitados para o atendimento desta população e até mesmo a implantação de centros especializados para atendimento e acompanhamento destes pacientes.

REFERÊNCIAS

BARBATO, P. R.; NAGANO, H. C. M.; ZANCHET, F. N.; BOING, A. F.; PERES, M. A. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Cad.Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1803-1814, 2007.

BASSO, F. C. **Avaliação da atividade fibrinolítica oral em pacientes sob anticoagulação oral**. (Tese de Mestrado). Piracicaba (Brasil): Programa de Pós-Graduação em Estomatopatologia da Universidade Estadual de Campinas; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Brasília (DF), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Hemofilia**. Brasília (DF); 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

BREWER, A.; CORREA, M. E. Guidelines for dental treatment of patients with inherited bleeding disorders. **World Federation of Hemophilia**, n. 40, p.1-9, 2006.

BREWER, A. K.; ROEBUCK, E. M.; DONACHIE, M.; HAZARD, A.; GORDON, K.; FUNG, D.; CLARKSON, J. The dental management of adult patients with haemophilia and other congenital bleeding disorders. **Haemophilia**, v. 9, p. 673-677, 2003.

CALIXTO, N. G. V. **Relato de caso**: Atendimento odontológico ao portador de hemofilia. (Tese de Especialização). Jardim (Brasil): Programa de Pós-Graduação em nível de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul; 2011.

CARCAO, M. D.; SEARY, M. E.; CASAS, M.; WINTER, L.; STAIN, A. M.; JUDD, P. Dental disease in type 3 von Willebrand disease: A neglected problem. **Haemophilia**, v.16, p.943-948, 2010.

CORACIN, F. L. Importância da condição de saúde bucal em hemofílicos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.30, n.2, p.85-88, 2008.

CORREA, M. E. P.; ANNICCHINO-BIZZACCHI, J. M.; JORGE JUNIOR, J.; OZELO, M. C.; ARANHA, F. J. P.; BARJAS-CASTRO, M. L. Clinical impact of oral health indexes in dental extraction of hemophilic patients. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.64, p.785-788, 2006.

FISKE, J.; MCGEOCH, R. J.; SAVIDGE, G. F.; SMITH, M. P. The treatment needs of adults with inherited bleeding disorders. **Journal of Disability and Oral Health**, v.3, n.2, p.59-61, 2002.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.6, n.1, p.49-57, 2003.

GUIMARÃES, S. P.; SOARES, J. B. B.; OLIVEIRA, V. C.; PARDINI, V. C.; FERREIRA, A. C. S. Mutações predisponentes à trombofilia em indivíduos de Minas Gerais – Brasil com suspeita clínica de trombose. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.31, n.1, p.19-24, 2008.

GUPTA, A.; EPSTEIN, J. B.; CABAY, R. J. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.73, n.1, p.77-83, 2007.

HOTTZ, E. M. A. **Relação da doença periodontal com a anticoagulação oral e os benefícios do tratamento periodontal em pacientes anticoagulados.** (Tese de Mestrado). Rio de Janeiro (Brasil): Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2009.

KABIL, N.; EL ALFY, M.; METWALLI, N. Evaluation of the oral health situation of a group of Egyptian haemophilic children and their re-evaluation following a oral hygiene and diet education programme. **Haemophilia**, v.13, p.287-292, 2007.

KALIL, J. A.; JOVINO, M. A. C.; LIMA, M. A.; KALIL, R.; MAGLIARI, M. E. R.; DI SANTO, M. K. Investigação da trombose venosa na gravidez. **J. Vasc. Bras.**, v.7, n.1, p. 28-37, 2008.

MARQUES, M. A.; SILVEIRA, P. R. M.; RISTOW, A. V.; GRESS, M.; VESCOVI, A.; MASSIÈRI, B.; CURY FILHO, J. M. Pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos: Registro de 6 anos de investigação. **J. Vasc. Bras.**, v.8, n.3, 225-231, 2009.

MARQUES, R. V. C. F.; CONDE, D. M.; LOPES, F. F.; ALVES, C. M. C. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de von Willebrand. **Arquivos em Odontologia**, v.46, n.3, p.176-180, 2010.

MIELNIK-BLASZCZAK, M. Evaluation of dentition status and oral hygiene in Polish children and adolescents with congenital haemorrhagic diatheses. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.9, p.99-103, 1999.

MOTA, F.; GOLÇALVES, L. R.; MANSILHA, A. Rastreio de trombofilia hereditária no contexto de trombose venosa profunda. **Angiologia e Cirurgia Vasc.**, v.7, n.3, p.126-137, 2011.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger L. (Org.) **Promoção da saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas-Aboprev; 1997.

RAMOS, C. P. S.; CAMPOS, J. F.; SANTOS, M. E.; MELO, F. C. B. C.; NEVES, W. B.; ARAÚJO, F. A.; MELO, R. A. M. Protrombina mutante em indivíduos sob investigação de trombofilia. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 44, n.2, p.79-82, 2008.

REZENDE, S. M. Distúrbios da hemostasia: Doenças hemorrágicas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.4, p.534-553, 2010.

SELIGSHON, U.; LUBETSKY, A. Genetic susceptibility to venous thrombosis. **New England Journal of Medicine**, v.344, n.16, p.1222-1231, 2001.

SIMONATO, L. E.; MIYAHARA, G. I.; BIAZOLLA, E. R. Púrpura trombocitopênica idiopática: Importância do cirurgião dentista no diagnóstico. **Arquivos em odontologia**, v.46, n.1, p. 43-47, 2010.

SONBOL, H.; PELARGIDOU, M.; LUCAS, V. S.; GELBIER, M. J.; MASON, C.; ROBERTS, G. J. Dental health indices and caries-related microflorain children with severe haemophilia. **Haemophilia**, v.7, p.468-474, 2001.

STEFANO, V.; ROSSI, E.; PACIARONI, K.; D'ORAZIO, A.; CINA, G.; MARCHITELLI, E.; PEPE, R.; LEONE, G. Different circumstances of the first venous thromboembolism among younger or older heterozygous carriers of the G20210A polymorphism in the prothrombin gene. **Haematologica Journal of Hematology**, v.88, n1, p.61-66, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Oral healthsurvey: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Genebra: WHO; 2003.

ZIEBOLZ, D.; STUHMER, C.; HORNECKER, E.; ZAPF, A.; MAUSBERG, R. F.; CHENOT, J. F. Oral health in adult patients with congenital coagulation disorders – a case control study. **Haemophilia**, v.17, p.527-531, 2011.

Artigo formatado nas normas da ABNT

CAPÍTULO 3.2

PREVALÊNCIA E SEVERIDADE DA DOENÇA PERIODONTAL EM PACIENTES PORTADORES DE DESORDENS HEMATOLÓGICAS

RESUMO: Pacientes portadores de desordens hematológicas de causa hereditária ou adquirida têm um estado geral de saúde comprometido que pode afetar a saúde bucal ocasionando a doença periodontal. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa foi determinar a prevalência e a severidade da doença periodontal nos pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina. **Metodologia:** Caracteriza-se como estudo descritivo, transversal, observacional no qual a amostra estudada foi composta por pacientes com doenças hematológicas com idade a partir de 7 anos e que frequentavam o ambulatório de hematologia, sendo dividida em dois grupos: O grupo que realizava terapia com anticoagulante oral (GA) e o que não utilizava anticoagulante oral (GSA). Foi avaliada a condição periodontal através do índice PSR (Periodontal Screening and Recording), profundidade de sondagem e higiene oral destes pacientes utilizando o índice de placa visível proposto por Ainamo e Bay (1975). A análise de frequência com dados categóricos foi avaliada com teste de Qui quadrado e teste Exato de Fisher. **Resultados:** Avaliando a condição periodontal pelo índice PSR em ambos os grupos a maioria dos pacientes recebeu o código 2 * (presença de cálculo associada ao envolvimento de furca, mobilidade, problemas mucogengivais e recessão gengival acima de 3,5mm). Os resultados mostraram que os pacientes do grupo GSA foram menos acometidos pela doença periodontal quando comparados ao grupo GA ($P=0,036$). Houve relação da doença periodontal com a idade dos pacientes ($P=0,003$), sendo a maioria adulta com idade entre 21 a 60 anos. Em ambos os grupos houve predomínio de recessão gengival e cálculo dentário; a maioria dos pacientes não apresentou necessidade de exodontias, presença de mobilidade dentária, sangramento gengival e lesões bucais. Com relação a higiene oral, em ambos os grupos houve alto número de pacientes com higiene oral ruim. **Conclusão:** Foi observado que o uso de anticoagulante oral está associado a pior condição de saúde bucal. Os resultados apresentados mostraram alta prevalência da doença periodontal em ambos os grupos, com predomínio no grupo GA, vários fatores podem ter contribuído para este resultado como a condição imunológica comprometida dos pacientes, a deficiência na higiene oral, a falta de correto atendimento e acompanhamento odontológico e a idade dos pacientes, principalmente no grupo GA onde eram mais velhos. Estratégias simples como instrução sobre dieta alimentar e higiene oral são determinantes para a saúde destes pacientes, ou seja, o comprometimento do cirurgião dentista e do paciente é fundamental para obter melhor condição de saúde bucal.

Palavras-chave: Doenças hematológicas. Anticoagulantes. Periodontite. Gengivite.

INTRODUÇÃO

As doenças hemorrágicas abrangem diversas condições clínicas e caracterizam-se por hemorragias de gravidade variável que podem ser tanto de causa hereditária quanto adquirida, relacionadas a doenças hematológicas ou a outras condições sistêmicas (REZENDE, 2010). Os distúrbios hemorrágicos hereditários afetam pequena parte da população (CORREA *et al.*, 2006) e são

menos frequentes do que defeitos da coagulação adquiridos (MIELNIK-BLASZCZAK, 1999) que decorrem, em geral, de processos autoimunes primários, sem associação com outras doenças; ou secundários, associados a outras condições, tais como doenças do tecido conjuntivo, gravidez, entre outras (REZENDE, 2010). Em 2005 havia aproximadamente 9.000 portadores de coagulopatias congênitas no Brasil (BRASIL, 2005), dados do Ministério da Saúde apontam que atualmente mais de 15.000 pessoas são portadoras de doenças hematológicas (BRASIL, 2011).

Pacientes com doenças sistêmicas, como as desordens hematológicas, têm um estado geral de saúde comprometido que através da sua resposta imunológica modulam ou não a gravidade de algumas doenças, como a doença periodontal que nestes indivíduos pode ter evolução rápida e destrutiva (SOLLECITO *et al.*, 2005).

Os pacientes com coagulopatias podem negligenciar sua saúde bucal, pois se sentem inseguros quando há sangramento, restringindo desta forma a correta escovação e o uso do fio dental, o que ocasiona aumento da periodontite, gengivite e cárie (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007). A saúde periodontal é de grande importância em pacientes com distúrbios hemorrágicos, porque a presença da inflamação gengival pode ser um fator determinante para o risco de hemorragia (HATIPOGLU; KANSU; BUYUKASIK, 2011). Além disso, a periodontite pode ocasionar mobilidade dentária e conseqüentemente a necessidade de exodontia, procedimento que, quando possível, deve ser evitado por apresentar maior risco para estes pacientes (MARQUES, *et al.*, 2010).

Os pacientes avaliados não possuíam atendimento e acompanhamento odontológico. A deficiência na higiene oral aliada à carência de atenção odontológica adequada pode agravar a situação de saúde bucal destes pacientes. Com base nisso, este estudo propôs avaliar a prevalência e a severidade da doença periodontal nos pacientes com coagulopatias do setor de hematologia do Hospital Universitário de Londrina-PR (HU-UEL).

METODOLOGIA

O presente estudo foi composto por pacientes com doenças hematológicas, em controle ambulatorial no Hospital Universitário de Londrina-PR (HU-UDEL), no período entre julho e dezembro de 2012. O consentimento de cada participante foi obtido através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices A e B), conforme regulamenta a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina - Paraná – Brasil, aprovou o estudo mediante o parecer nº 060/2012 (Anexo A).

Esta pesquisa caracteriza-se como estudo descritivo, transversal, observacional, que comparou a prevalência e severidade da doença periodontal entre dois grupos: Pacientes que fazem uso de anticoagulantes orais (GA), neste caso, o ácido acetilsalicílico (AAS) e varfarina e pacientes que não fazem uso de anticoagulantes orais (GSA). Os pacientes de ambos os grupos apresentavam algum tipo de doença hematológica congênita ou adquirida. Os critérios de inclusão para o grupo GA foi fazer uso de anticoagulante oral, apresentar idade maior ou igual a 7 anos e frequentar o ambulatório de hematologia. Os pacientes do grupo GSA apresentaram os mesmos critérios de inclusão, porém estes não faziam uso de anticoagulante oral.

Para a coleta dos dados clínicos somente um examinador (cirurgião-dentista), realizou a anamnese e exame físico desses pacientes. A avaliação foi realizada em duas etapas: na primeira etapa, anamnese e fotografias intrabuciais; e na segunda etapa, o exame físico e radiografia periapical. Foi elaborado um questionário com dados demográficos, história médica, história odontológica, inspeção intra e extrabucal, avaliação periodontal e avaliação da higiene oral (Apêndice C).

A avaliação da condição periodontal foi realizada utilizando-se dois critérios: o índice PSR (Periodontal Screening and Recording), desenvolvido pela American Dental Association juntamente com a American Academy of Periodontology em 1992, e profundidade de sondagem (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

O exame periodontal foi realizado com uma sonda *Hu-Fried* percorrendo-se o sulco gengival com a mesma em uma posição paralela ao longo eixo dos dentes, sondando seis pontos ao redor de todos os dentes (mésio-

vestibular, vestibular, disto-vestibular, disto-palatino/lingual, palatino/lingual, méso-palatino/lingual). Em pacientes acima de 10 anos de idade foram sondados todos os elementos dentários presentes, e em pacientes com idade entre 7 a 10 anos, assim como em pacientes portadores de doenças hematológicas severas, foi realizada a sondagem de dentes referência (16, 11, 26, 36, 31 e 46). Para a avaliação do índice PSR a arcada dentária dos pacientes foi dividida em seis sextantes (17-14; 13-23; 24-27; 37-34; 33-43 e 44-47), sendo o maior escore encontrado anotado em ficha individual conforme os códigos abaixo:

- código 0 - ausência de sangramento/faixa colorida totalmente visível;
- código 1 - sangramento à sondagem/faixa colorida totalmente visível;
- código 2 - presença de cálculo e/ou fatores retentivos de placa/faixa colorida totalmente visível;
- código 3 - faixa colorida parcialmente visível, representando bolsas periodontais entre 4 e 5 mm;
- código 4 - faixa colorida não mais visível, representando bolsas periodontais >6mm;
- código * - juntamente com os outros códigos, se houver anormalidades clínicas, como envolvimento de furca, mobilidade, problemas mucogengivais e recessão gengival acima de 3,5mm (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION AND THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 1992).

Para a avaliação da profundidade de sondagem definiu-se que em pacientes com sondagem de até 3mm não deveria ser considerada a presença de periodontite. Já em pacientes que apresentassem bolsa periodontal com mais de 3mm deveria ser considerada a presença de periodontite (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

A higiene oral desses pacientes foi avaliada utilizando o índice de placa visível proposto por Ainamo e Bay (1975). Durante a avaliação da quantidade de placa visível não foi realizada coloração com fucsina. Com a seringa tríplice foi aplicado um leve jato de ar na face vestibular dos elementos dentários presentes, e sob tal condição, os pacientes que não apresentaram placa visível foram categorizados com uma higiene oral ótima, de 1/3 a 2/3 de placa dentária visível higiene oral satisfatória e acima de 2/3 higiene oral ruim.

A distribuição de normalidade dos dados foi obtida com teste de Shapiro-Wilk. Dados com distribuição paramétrica foram avaliados pelo teste t de

Student e expressos em média e desvio-padrão. Dados com distribuição não-paramétrica foram analisados com teste de Mann-Whitney U. A análise de frequência com dados categóricos foi avaliada com teste de Qui quadrado e teste Exato de Fisher. Valor de $P=0,05$. O programa estatístico utilizado foi o IBM SPSS Statistics para windows v 20.0.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com pacientes que frequentavam o ambulatório de hematologia para tratamento e acompanhamento de coagulopatias. A primeira etapa da pesquisa foi realizada com um grupo de 58 pacientes que concordaram em participar do estudo. Durante a realização da segunda etapa permaneceram apenas 47 participantes, sendo 11 pacientes descartados da amostra por não aceitarem continuar com a pesquisa ou não comparecerem às avaliações.

O grupo GA foi composto por 28 pacientes com idade entre 11 e 67 anos e a média de idade de $44,50 \pm 15,21$ anos, sendo a maioria do gênero feminino (57,14%) e leucoderma (53,57%). O grupo GSA foi composto por 19 pacientes com idade entre 7 e 58 anos e a média de idade de $23,84 \pm 12,50$ anos, a maioria do gênero feminino (52,63%) e leucoderma (52,63%). Com relação ao gênero e etnia houve distribuição homogênea entre os grupos ($P=0,760$ e $P=0,506$, respectivamente) (Tabela 1), o que não ocorreu com a média de idade dos pacientes, onde o grupo GA apresentou média de idade maior que o grupo GSA ($P = 0,000$).

Tabela 1 – Gênero e raça de acordo com o grupo.

Categoria	Grupo				P
	GA		GSA		
	n	%	n	%	

Gênero	feminino	16	57,14	10	52,63	0,760
	masculino	12	42,86	9	47,37	
Etnia	leucoderma	15	53,57	10	52,63	0,506
	melanoderma	9	32,14	4	21,05	
	faioderma	4	14,29	5	26,32	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a distribuição de doenças hematológicas, no grupo GA predominou a trombofilia sem causa diagnosticada em 9 (32,14%) dos voluntários; no grupo GSA a púrpura trombocitopênica idiopática esteve presente em 6 (31,58%) dos pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 – Doenças Hematológicas apresentadas pelos participantes da pesquisa de acordo com os grupos analisados.

Variável	Grupos				
	GA		GSA		
	n	%	Variável	n	%
Trombofilia sem diagnóstico	9	32,14	Púrpura trombocitopênica	6	31,58
Sínd. Anticorpo antifosfolípídico	8	28,58	Doença de von Willebrand	5	26,32
Fator V de Leiden	3	10,72	Hemofilia A	2	10,53
Hemoglobinopatia SC	2	7,14	Anemia falciforme	2	10,53
Deficiência de fator VIII	2	7,14	Anemia de Falconi	1	5,26
Plaquetopenia sem diagnóstico	1	3,57	Hipofibrinogemia congênita	1	5,26
AVC sem diagnóstico	1	3,57	Plaquetopenia sem diagnóstico	1	5,26
Trombastenia de Glanzmann	1	3,57	Trombastenia de Glanzmann	1	5,26
Anemia falciforme	1	3,57			

Fonte: Dados da pesquisa.

Avaliando a condição periodontal pelo índice PSR ambos os grupos mostraram-se semelhantes onde nenhum paciente apresentou código 1 (sangramento à sondagem), código 3 (bolsas entre 4 e 5 mm) e código 4 (bolsas > 6mm); e com a maioria dos pacientes recebendo o código 2 * (presença de cálculo associado a envolvimento de furca, mobilidade, problemas mucogengivais e recessão gengival acima de 3,5mm) (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação periodontal através do índice PSR.

Variável	Grupos				P
	GA		GSA		
	n	%	n	%	
Código 0	2	7,14	2	10,53	0,089
Código 0 *	1	3,57	0	0	
Código 1	0	0	0	0	
Código 1 *	0	0	1	5,26	
Código 2	0	0	3	15,79	
Código 2 *	12	42,86	9	47,37	
Código 3	0	0	0	0	
Código 3 *	10	35,71	3	15,79	
Código 4	0	0	0	0	
Código 4 *	3	10,72	1	5,26	

Fonte: Dados da pesquisa.

A doença periodontal esteve presente em 67,85% dos pacientes do grupo GA, valor superior ao encontrado no grupo GSA que foi de 36,84% dos pacientes, mostrando que os pacientes que não faziam uso de anticoagulantes foram menos acometidos pela doença periodontal quando comparados ao grupo que fazia uso de anticoagulantes ($P=0,036$). Houve uma relação da doença periodontal com a faixa etária ($P=0,003$), sendo que, a maioria dos pacientes com doença periodontal (76,92%) era adulta com idade entre 21 a 60 anos. Os pacientes de ambos os grupos apresentaram algum problema bucal, com predomínio de recessão gengival e cálculo dentário. Constatou-se ainda que tanto no grupo GA quanto no grupo GSA a maioria dos pacientes não apresentou necessidade de exodontias, presença de mobilidade dentária, sangramento gengival e lesões bucais. As lesões bucais diagnosticadas foram presença de petéquias em região de palato em dois pacientes do grupo GA e presença de úlceras em toda a mucosa da cavidade bucal em um paciente do grupo GSA. Com relação a higiene oral, em ambos os grupos houve um alto número de pacientes com uma higiene oral ruim (Tabela 4).

Tabela 4 – Presença de mobilidade, necessidade de exodontias, ocorrência da doença periodontal, recessão gengival, cálculo dentário, sangramento gengival, lesões bucais e Índice de Higiene Oral em portadores de distúrbios sanguíneos, que fazem uso ou não de anticoagulate.

Variável	Categoria	Grupos				P
		GA		GSA		
		n	%	n	%	

Mobilidade	Não	22	78,57	16	84,21	1,000
	Sim	6	21,43	3	15,79	
Exodontia	Não	18	64,29	14	73,68	0,542
	Sim	10	35,71	5	26,31	
Doença periodontal	Não	9	32,14	12	63,16	0,036
	Sim	19	67,86	7	36,84	
Recessão	Não	2	7,14	5	26,32	0,101
	Sim	26	92,86	14	73,68	
Cálculo dentário	Não	4	14,29	3	15,79	1,000
	Sim	24	85,71	16	84,21	
Sangramento gengival	Não	16	57,14	11	57,89	1,000
	Sim	12	42,86	8	42,11	
Lesões bucais	Não	26	92,86	18	94,74	0,242
	úlceras	0	0	1	5,26	
	petéquias	2	7,14	0	0	
Higiene oral	Ruim	19	67,85	8	42,11	0,208
	satisfatória	7	25	8	42,11	
	Ótima	2	7,14	3	15,78	

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

A doença periodontal é uma das doenças bucais mais frequentes em pacientes adultos. Caracteriza-se por uma reação inflamatória com presença de placas bacterianas, destruição periodontal e perda óssea alveolar nos casos graves da doença. Em pacientes com distúrbios hematológicos pode levar a hemorragia grave após o tratamento odontológico (CORREA *et al.*, 2006). A escassez de pesquisas sobre a saúde bucal em pacientes com coagulopatias se reflete na deficiência do atendimento odontológico que é ofertado a esta população. Neste sentido, conhecer as necessidades odontológicas destes pacientes é primordial para que se atue nos pontos em que há maior déficit (CORACIN; 2008).

No grupo GA foi encontrado um maior percentual de mulheres. Este fato pode ter ocorrido porque mulheres apresentam mais marcadores para trombofilia do que homens (MARQUES *et al.*, 2009) e ainda estão mais expostas a fatores que podem levar a trombofilia como uso de anticoncepcionais, gravidez ou condição de pós-parto (KALIL *et al.*, 2008; MOTA; GOLÇALVES; MANSILHA, 2011).

A média de idade do grupo GA foi maior que do grupo GSA. Acredita-se que tal fato pode ser explicado pelas doenças de base distribuídas entre

os grupos. A média de idade em que eventos tromboembólicos que necessitam de terapêutica anticoagulante ocorrem, em geral, é por volta dos 45 anos (GUIMARÃES *et al.*, 2008; RAMOS *et al.*, 2008; STEFANO *et al.*, 2003; SELIGSHON; LUBETSKY, 2001). Os pacientes do grupo GSA em sua maioria apresentaram como doença hematológica a púrpura trombocitopênica idiopática, condição mais comum em crianças e adultos jovens (SIMONATO; MIYAHARA; BIAZOLLA, 2010).

Através da avaliação periodontal com o índice PSR foi observado que em ambos os grupos a maioria dos pacientes foi inserida no código 2 * (presença de cálculo aliado a envolvimento de furca, mobilidade, problemas mucogengivais ou recessão gengival acima de 3,5mm). Foi encontrado um alto percentual de pacientes com recessão gengival, o que pode ter influenciado no resultado. Sugere-se que para uma maior eficácia no diagnóstico da doença periodontal, além do índice PSR, outro índice diagnóstico pode ser utilizado, pois em casos onde a população avaliada possui uma saúde periodontal grave e alta incidência de recessão pode haver tendência na classificação.

A presença da doença periodontal encontrada nos pacientes avaliados pode ser justificada pelo estado geral de saúde que os mesmos apresentam, pois podem desenvolver uma periodontite de evolução rápida e destrutiva conforme sua resposta imunológica (SOLLECITO *et al.*, 2005). Muitos distúrbios hematológicos hereditários de células T estão associados com o aumento da susceptibilidade à doença periodontal, esta associação não é bem conhecida, porém há suposições que quando estas células estão alteradas, ocorre a produção descontrolada de citocinas, o que facilita a perda óssea pela infecção por organismos incomuns (SOLLECITO *et al.*, 2005).

Houve predomínio da doença periodontal nos pacientes do grupo GA quando comparados ao grupo GSA. Tal doença, sem o devido tratamento, passa a favorecer a ocorrência de eventos tromboembólicos (SILVA FILHO, *et al.*, 2007), pois pode influenciar na anticoagulação ativando os fatores de coagulação através de processos inflamatórios liberados por enzimas bacterianas (HOTTZ, 2009). Silva Filho *et al.* em 2007, avaliaram em seu estudo a interferência da doença periodontal na anticoagulação oral. Em um dos grupos avaliados pelos autores os pacientes receberam uma terapia inicial e corretiva para a doença periodontal, estes alcançaram o alvo terapêutico sem necessitar do aumento da dose de

anticoagulante, relatando que a doença periodontal pode afetar na anticoagulação oral.

A presença da doença periodontal também pode ocorrer e ser agravada devido escovação dentária deficiente e pela insegurança do cirurgião dentista em realizar o atendimento destes pacientes, ambos por receio de sangramento (GUPTA; EPSTEIN; CABAY, 2007). Em estudo realizado por Santos *et al.* em 2006 foram avaliadas as complicações da terapia com o anticoagulante oral varfarina. A presença de sangramento gengival foi uma das intercorrências avaliadas, porém os autores não encontraram esta condição em nenhum dos pacientes. No entanto, este estudo não foi realizado por cirurgiões dentistas e o foco não foi avaliar a saúde bucal, o que pode ter contribuído para este resultado.

A periodontite é definida como uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, causada por microorganismos específicos, resultando em uma destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar, com formação de bolsa, retração ou ambas (NOVAK, 2007). Como já era esperado, os dados avaliados nesta pesquisa mostram que a idade apresentou uma relação com a doença periodontal, havendo um predomínio da doença nos pacientes adultos. Estudos mostram que a susceptibilidade da doença periodontal aumenta com a idade (AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY, 2005; HUGOSON; JORDAN, 1982). Hugoson e Jordan em 1982 observaram a distribuição de frequência de indivíduos segundo a gravidade da doença periodontal, onde encontraram que nas faixas etárias de 20 e 30 anos, a maioria dos indivíduos apresentou os tecidos periodontais saudáveis ou gengivite sem sinal de perda óssea alveolar. Nas faixas etárias de 40, 50 e 70 anos todos os pacientes apresentaram sinais de periodontite e gengivite.

Foi observado que o uso de anticoagulante oral está associado a uma pior condição de saúde bucal. A doença periodontal esteve presente em ambos os grupos, com predomínio no grupo GA, vários fatores podem ter contribuído para este resultado como a condição imunológica comprometida dos pacientes, a deficiência na higiene oral, a falta de correto atendimento e acompanhamento odontológico e a idade dos pacientes, principalmente no grupo GA onde eram mais velhos. O comprometimento do cirurgião dentista e do paciente é fundamental para melhora na qualidade de saúde bucal. Estratégias simples como instrução sobre

dieta alimentar, informações sobre higiene oral, doenças bucais e suas consequências, e um acompanhamento odontológico contínuo podem ser realizadas. Além disso, deveriam ser implantados centros especializados no atendimento e acompanhamento destes pacientes, e a inserção dos mesmos numa equipe multidisciplinar de saúde, que salientaria a importância da prevenção como um todo.

REFERÊNCIAS

- AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int. Dent J.**, v.25, n.4, p.229-235, 1975.
- AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Epidemiology of periodontal diseases. **J. Periodontol.**, v.76, n.8, p.1406-1419, 2005.
- AMERICAN DENTAL ASSOCIATION AND THE AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY. Introduce dentist to new time saving periodontal evaluation system. **Va. Dent. J.**, v.64, p. 16-17, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria da Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2010. Brasília (DF), 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. Hemofilia. Brasília (DF); 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196**, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.
- CORACIN, F. L. Importância da condição de saúde bucal em hemofílicos. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.30, n.2, p.85-88, 2008.
- CORREA M.E.P.; ANNICCHINO-BIZZACCHI, J.M.; JORGE JUNIOR, J.; OZELO, M.C.; ARANHA, F.J.P.; BARJAS-CASTRO, M.L. Clinical impact of oral health indexes in dental extraction of hemophilic patients. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v.64, p.785-788, 2006.
- GUIMARÃES, S.P.; SOARES, J.B.B.; OLIVEIRA, V.C.; PARDINI, V.C.; FERREIRA, A.C.S. Mutações predisponentes à trombofilia em indivíduos de Minas Gerais – Brasil com suspeita clínica de trombose. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.31, n.1, p.19-24, 2008.

GUPTA, A.; EPSTEIN, J.B.; CABAY, R.J. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.73, n.1, p.77-83, 2007.

HATIPOGLU, M.G.; KANSU, O.; BUYUKASIK, Y. Clinical investigation of oral findings in inherited disorders of platelet function. **Turk. J. Hematol**, v.28, p. 294-298, 2011.

HOTTZ, E.M.A. **Relação da doença periodontal com a anticoagulação oral e os benefícios do tratamento periodontal em pacientes anticoagulados** [Tese de Mestrado]. Rio de Janeiro (Brasil): Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2009.

HUGOSON, A.; JORDAN, T. Frequency distribution of individuals aged 20-70 years according to severity of periodontal disease. **Community Dem. Oral. Epidemiol.**, v.10, p.187-192, 1982.

KALIL, J.A.; JOVINO, M.A.C.; LIMA, M.A.; KALIL, R.; MAGLIARI, M.E.R.; DI SANTO, M.K. Investigação da trombose venosa na gravidez. **J. Vasc. Bras.**, v.7, n.1, p. 28-37, 2008.

MARQUES, M.A.; SILVEIRA, P.R.M.; RISTOW, A.V.; GRESS, M.; VESCOVI, A.; MASSIÈRI, B.; CURY FILHO, J.M. Pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos: Registro de 6 anos de investigação. **J. Vasc. Bras.**, v.8, n.3, 225-231, 2009.

MARQUES, R.V.C.F.; CONDE, D.M.; LOPES, F.F.; ALVES, C.M.C. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de vonWillebrand. **Arquivo em Odontologia**, v.46, n.3, p.176-180, 2010.

MIELNIK-BLASZCZAK, M. Evaluation of dentition status and oral hygiene in Polish children and adolescents with congenital haemorrhagic diatheses. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.9, p.99-103, 1999.

MOTA, F.; GOLÇALVES, L.R.; MANSILHA, A. Rastreamento de trombofilia hereditária no contexto de trombose venosa profunda. **Angiologia e Cirurgia Vasc.**, v.7, n.3, p.126-137, 2011.

NOVAK, John M. Classificação das doenças e condições que afetam o periodonto. In: CARRANZA, Fermin A. **Periodontia clínica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p.100-109.

RAMOS, C.P.S.; CAMPOS, J.F.; SANTOS, M.E.; MELO, F.C.B.C.; NEVES, W.B.; ARAÚJO, F.A.; MEO, R.A.M. Protrombina mutante em indivíduos sob investigação de trombofilia. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 44, n.2, p.79-82, 2008.

REZENDE, S.M. Distúrbios da hemostasia: Doenças hemorrágicas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.4, p.534-553, 2010.

SANTOS, F.C.; MAFFEI, F.H.A.; CARVALHO, L.R.; TOMAZINI-SANTOS, I.A.; GIANINI, M.; SOBREIRA, M.L.; ARBEX, P.E.; MÓRBIO, A.P. Complicações da terapia anticoagulante com warfarina em pacientes com doença vascular periférica: estudo coorte prospectivo. **J. Vasc. Bras.**, v.5, n.3, p.194-202, 2006.

SELIGSHON, U.; LUBETSKY, A. Genetic susceptibility to venous thrombosis. **New England Journal of Medicine**, v.344, n.16, p.1222-1231, 2001.

SILVA FILHO, P.M.; SILVA, E.A.; WEKSLER, C.; DRABLE, S.G.; TURA, B.R.; FONSECA, M.G.; CUNHA, A.B.; FISCHER R.G. Interferência da doença periodontal na anticoagulação oral em pacientes cardiopatas: Efeito do tratamento periodontal na anticoagulação oral. **Rev. Port. Cardiol.**, v.26, n.10, p.977-989, 2007.

SIMONATO, L.E.; MIYAHARA, G.I.; BIAZOLLA, E.R. Púrpura trombocitopênica idiopática: Importância do cirurgião dentista no diagnóstico. **Arquivos em odontologia**, v.46, n.1, p. 43-47, 2010.

SOLLECITO, T.P.; SULLIVAN, K.E.; PINTO, A.; STEWART, J.; KOROSTOFF, J. Condiciones sistémicas asociadas con periodontitis en la infancia y la adolescencia. Una revisión de las posibilidades diagnósticas. **Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal**, v.10, p.142-150, 2005.

STEFANO, V.; ROSSI, E.; PACIARONI, K.; D'ORAZIO, A.; CINA, G.; MARCHITELLI, E.; PEPE, R.; LEONE, G. Different circumstances of the first venous thromboembolism among younger or older heterozygous carriers of the G20210A polymorphism in the prothrombin gene. **Haematologica Journal of Hematology**, v.88, n1, p.61-66, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.

4 REFERÊNCIAS

CAPP, P.L.; ARAUJO, J.F.; SOARES JUNIOR, L.A.V.; PRADO, E.G.B.; D'AMICO, E.A.; MEIBACH, A. Anestesia em pacientes hemofílicos sem necessidade de reposição de hemoderivados, **RGO**, v.49, n.1, p.23-29, jan/fev/març. 2001.

CERVERÓ, A.J.; RODA, R.P.; BAGÁN, J.V.; SORIANO, Y.J. Dental treatment of patients with coagulation factor alterations: An update. **Med. Oral. Patol. Oral. Cir. Bucal**, v.12, p.380-387, 2007.

CHEN, Y.C.; YANG, L.; CHENG, S.N.; HU, S.H.; CHAO, T.Y. von Willebrand disease: A clinical and laboratory study of sixty-five patients. **Ann Hematol.**, v.90, p.1183-1190, 2011.

DANIEL, N.G.; GOULET, J.; BERGERON, M.; PAQUIN, R.; LANDRY, P.E. Antiplatelet drugs: Is there a surgical risk? **J. Can. Dent. Assoc.**, v.68, n.11, p.683-687, dez. 2002.

GÓMEZ-MORENO, G.; CUTANDO-SORIANO, A.; ARANA, C.; SCULLY, C. Hereditary blood coagulation disorders: Management and dental treatment. **J. Dent. Res.**, v.84, n.11, p.978-985, 2005.

GUPTA, A.; EPSTEIN, J.B.; CABAY, R.J. Bleeding disorders of importance in dental care and related patient management. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.73, n.1, p.77-83, 2007.

HITCHINGS, E.J. The oral health of individuals with haemophilia: a review of the literature. **New Zealand Dental Journal**, v.107, n.1, p.4-11, 2011.

ISRAELS, S.; SCHWETZ, N.; BOYAR, R.; MCNICOL, A. Bleeding disorders: Characterization, dental considerations and management. **J. Can. Dent. Assoc.**, v.72, n.9, p.827-838, 2006.

KIM, M.J.; HUANG, S.M.; MEYER, U.A.; RAHMAN, A.; LESKO, L.J. A regulatory science perspective on warfarin therapy: a pharmacogenetic opportunity. **J. Clin. Pharmacol.**, v.49, p.138–146, 2009.

LOCKHART, P.B.; GIBSON, J.; POND, S.H.; LEITCH, J. Dental management considerations for the patient with an acquired coagulopathy.Part2: Coagulopathiesfromdrugs. **British Dental Journal**, v.195, p.495–501, 2003.

MARQUES, R.V.C.F.; CONDE, D.M.; LOPES, F.F.; ALVES, C.M.C. Atendimento odontológico em pacientes com Hemofilia e Doença de vonWillebrand. **ArquioseemOdontologia**, v.46, n.3, p.176-180, 2010.

PATTON, L.L. Bleeding and Clotting Disorders. In: GREENBERG, M.S.; GLICK, M. **Burket's Oral Medicine – Diagnosis and Treatment**. ed.10. São Paulo: Editora Santos, 2003. p. 454- 477.

ROMNEY, G.B.A.; GLICK, M.An updated concept of coagulation with clinical implications.**Journal American Dental Association**, v.140, p.567-574, 2009.

SCHARDT-SACCO, D.; HILL, C. Update on coagulopathies.**Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.Oral Radiol.Endod.**, v.90, p.559-563, 2000.

WYSOWSKI, D.K.; NOURJA, P.; SWARTZ, L. Bleeding complications with warfarin use: a prevalent adverse effect resulting in regulatory action. **ArchIntern Med.**, v.167, p.1414–1419, 2007.

ZIEBOLZ, D.; STUHMER, C.; HORNECKER, E.; ZAPF, A.; MAUSBERG, R.F.; CHENOT, J.F. Oral health in adult patients with congenital coagulation disorders – a case control study. **Haemophilia**, v.17, p.527–531, 2011.

ZIV, O.; RAGNI, M.V. Bleeding manifestations in males with von Willebrand disease.**Haemophilia**, v.10, p.162-168, 2004.

ANEXO

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 5231

Parecer CEP/UEL:	060/2012
CAAE:	01609612.2.0000.5231
Processo:	7358/2012
Pesquisador(a):	Fábio Augusto Ito
Unidade/Órgão:	CCS – Centro Odontológico Universitário

Prezado(a) Senhor(a):


O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 5231) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:

"Avaliação da saúde bucal dos pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina"

Situação do Projeto: **Aprovado**

Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá ser encaminhado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa, conforme prevê a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares.

Londrina, 09 de julho de 2012.


Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
 Universidade Estadual de Londrina

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa:

“Avaliação bucal de pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina”

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Avaliação bucal de pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina”, realizada no “Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Universidade Estadual de Londrina (UEL)”. O objetivo da pesquisa é “Avaliar as necessidades bucais de pacientes com doenças hematológicas visando um correto atendimento desses pacientes”. A sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma (Responder um questionário sobre seus dados gerais, história médica e odontológica. Após será feitos um exame clínico para ver as necessidades odontológicas e uma radiografia panorâmica para auxiliar no diagnóstico). Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são avaliar as principais necessidades dos pacientes com doenças hematológicas para que um correto tratamento odontológico dos mesmos possa ser realizado.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Valéria Campos Mariano, Rua Pernambuco nº 540, telefone (44)9928-

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(Menores de 18 anos)

“Avaliação bucal de pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina”

Seu (Sua) filho (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as *informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós.*

Eu , RG
 , abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade que meu (minha) filho (a) nascido (a) em
 ____ / ____ / _____ , participe do estudo “Avaliação bucal de pacientes com doenças hematológicas do Hospital Universitário de Londrina”, e esclareço que obtive todas informações necessárias.

O objetivo da pesquisa é “Avaliar as necessidades bucais de pacientes com doenças hematológicas visando um correto atendimento desses pacientes”. A participação de seu filho (a) é muito importante e ela se daria da seguinte forma (Responder um questionário sobre seus dados gerais, história médica e odontológica. Após será feitos um exame clínico para ver as necessidades odontológicas e uma documentação radiográfica para auxiliar no diagnóstico). Gostaríamos de esclarecer que a participação é totalmente voluntária, podendo: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à seu filho (a). Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade do paciente.

Os benefícios esperados são avaliar as principais necessidades dos pacientes com doenças hematológicas para que um correto tratamento odontológico dos mesmos possa ser realizado.

Informamos que o senhor não pagará nem será remunerado pela participação de seu filho (a). Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente da participação de seu filho (a) na pesquisa.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contatar (Valéria Campos Mariano, Rua Pernambuco nº 540, telefone (44)9928-4927, valeriamariano1@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 33712490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Londrina, ____ de _____ de 20__.

Fabio Augusto Ito

RG:

_____ (nome por extenso do responsável), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo com a participação do menor _____ (nome extenso do menor) na pesquisa descrita acima.

Assinatura do responsável: _____

Data: _____

APÊNDICE C

Questionário

Ficha de Anamnese

Dados Gerais

Nome _____ Gênero _____
 Data de Nascimento _____ Idade _____
 Estado Civil _____ Ocupação _____ CPF/RG _____
 Naturalidade _____ Cor _____
 Endereço _____
 Telefone _____ Data _____

Saúde Geral

1. Qual Doença Hematológica possui? _____
2. Durante os últimos 2 anos recebeu algum tratamento médico? ___ Em que especialidade? _____ Nome do médico? _____
3. Já teve hospitalizado? _____ Quando? _____ Quanto tempo? _____ Por quê? _____
4. Toma medicamentos anticoagulantes? _____ Quais? _____
5. Tem alergia a algum medicamento ou anestésico? _____
6. Já fez cirurgias? ___ Cirurgias bucais? _____ Quando? _____
7. Costuma sangrar muito quando se machuca? ___ Demora a cicatrizar? _____
8. Tem história de sangramento pós cirurgia odontológica? _____
9. Já fez transfusão de sangue? _____
10. Você fuma? _____ Quantos cigarros/dia? _____
11. Toma bebidas alcoólicas frequentemente? _____
12. Já teve tontura ou desmaio? _____
13. Tem ou teve alguma das doenças abaixo:
 Problemas cardíacos? ___ Pressão alta? ___ Anemia? ___ Hepatite? ___ Diabetes? ___
 Epilepsia? ___ Febrereumática? ___ Icterícia? ___ Reumatismo? ___ Problemas nervosos? ___ Hepático? ___ Renal _____

Respiratório?__Tuberculose?__Depressão__HIV?__Outras?_____

15. Está grávida?____Quanto tempo?_____

Odontológico

1. Sente mobilidade nos dentes?_____
 2. Mastiga dos 2 lados da boca?_____
 3. Seus dentes doem?_____Quando?_____
 4. Sente maugosto?__Mauhálito?__Quando?_____
 5. Os alimentos se prendem entre os dentes?__Usa fio dental?_____
 6. Que tipo de escova usa?_____Quantas vezes escova por dia?_____
- Apreendeu a escovar com?_____
7. Sua gengiva sangra com facilidade?__Já tratou?_____
 8. Morde lábios?__Objetos?_____Roe unhas?_____
 9. Respira normalmente pelo nariz?_____Pela boca?_____
 10. Range os dentes quando dorme?__Costuma apertar os dentes?_____
 11. Ao abrir a boca sente dificuldade?__Dor?__Ruído?_____
 12. Sente dor na articulação, face, ouvido?_____
 13. Periodicidade que faz consultas odontológicas _____
 14. Tem ou teve algum outro problema de saúde não mencionado neste questionário ou alguma outra informação que julgue importante?_____

EXAME CLÍNICO

1) INSPEÇÃO EXTRA ORAL

- Erupções -
- Nódulos -
- Musculatura -
- Manchas -
- Cadeia ganglionar -
- Cicatrizes -
- Assimetria face e pescoço -
- Glândulas salivares -
- Outros -

2) INSPEÇÃO BUCO-DENTÁRIA (intra oral)

- Lábios -
- Bochechas -
- Gengivas -
- Língua -
- Assoalho bucal -
- Palato -
- Dentes ausentes -
- Dentes supra numerários -
- Dentes retidos -
- Atrição/abrasão/erosão -
- Hipoplasia de esmalte -
- Manchas -
- Cálculo/tártaro

Retração gengival -
 Mobilidade dental -
 Oclusão -
 Higiene oral -
 Fluxo salivar -
 Outros -

FICHA ENDODÔNTICA

HISTÓRIA DENTAL DE INTERESSE ENDODÔNTICO (o dente foi submetido a:)

- Cirurgia pararendodôntica Retratamento endodôntico
 Tratamento endodôntico Trauma Urgência ou emergência – se já
 houve atendimento
 Outros : _____.

DOR (obter as respostas do paciente)

- Nunca sentiu dor
 Já houve episódio de dor :

_____.

-SITUAÇÃO ATUAL

- Ausência de dor
 Presença de dor: Espontânea Provocada Contínua
 Frio / Quente Intermitente Sal / Açúcar Difusa / Reflexa
 Mastigação Localizada

OBSERVAÇÕES: _____

TESTES PARA O DIAGNÓSTICO

- VERIFICAÇÃO PERIODONTAL LATERAL E APICAL

- Sondagem gengival/periodontal _____ mm (anotar a maior medida)
 Exposição clínica da furca
 Percussão vertical (positivo / negativo)
 Percussão lateral
 sentido V>>L (positivo / negativo) sentido L>>V (positivo / negativo)
 Palpação apical (positivo / negativo)

- VERIFICAÇÃO PULPAR

Teste(s) utilizado(s):

Ausência de dor

- Presença de dor: a) Intensidade semelhante ao padrão
 mais intensa que o padrão

() menos intensa que o padrão

b) Duração() semelhante ao padrão

() maior que o padrão

() menor que o padrão

OBSERVAÇÕES: _____

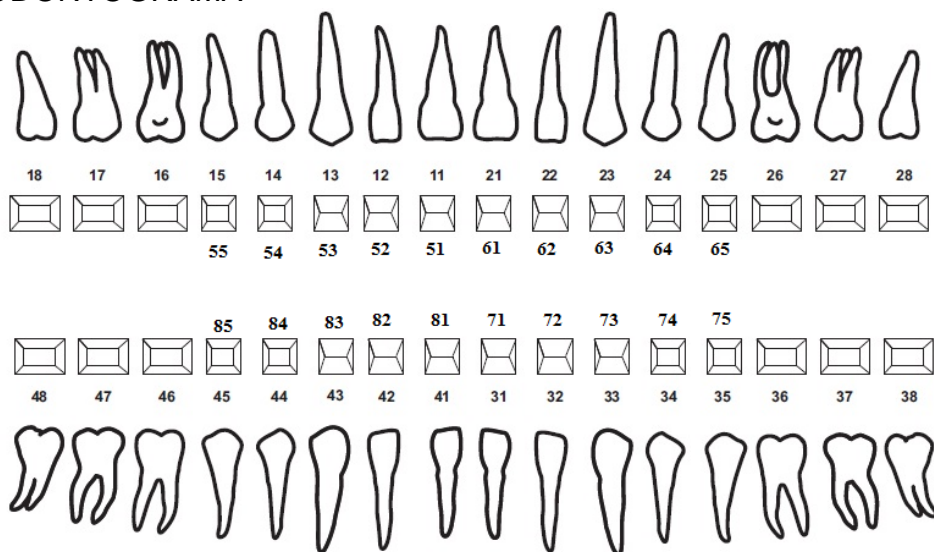
SINAIS CLÍNICOS






- () Aumento volumétrico intra-bucal() Exposição pulpar() Mobilidade dental
- () Aumento volumétrico face () Fístula () Restauração
- () Cárie () Fratura coroa () Trauma oclusal
- () Cor coroa alterada () Luxação dental () Outros_____.
- () Coroa protética () Linfadenite regional

SINAIS RADIOGRÁFICOS

- () calcificação canal () hipercementose () reabsorção externa
- () canais obturados () instrumento fraturado () reabsorção interna
- () capeamento () lesão furca () raiz curta
- () cárie (coroa) () lesão periodontal lateral () raiz curva
- () cárie raiz () raiz delgada () *dens in dente*
- () núcleo metálico () rareficiência óssea () dente restaurado
- () osteosclerose () rizogênese incompleta () perfuração radicular
- () sobreobturação () fratura raiz () pulpotomia
- () outros_____.

ODONTOGRAMA



-  TRATAMENTO ENDODÔNTICO
-  AUSENTE
-  CONDIÇÃO OBSERVADA
-  A REALIZAR
-  REALIZADO NO TRATAMENTO

PERIOGRAMA

Jovens entre 7 e 10 anos ou pacientes com deficiência sanguínea grave

S1: 16	S2: 11	S3: 26
S3: 46	S5: 31	S6: 36

Superiores					Inferiores				
Dentes	Face	Sondagem	Face	Sondagem	Dentes	Face	Sondagem	Face	Sondagem
18	V		P		38	V		L	
17	V		P		37	V		L	
16	V		P		36	V		L	
15	V		P		35	V		L	
14	V		P		34	V		L	
13	V		P		33	V		L	
12	V		P		32	V		L	
11	V		P		31	V		L	
21	V		P		41	V		L	
22	V		P		42	V		L	
23	V		P		43	V		L	
24	V		P		44	V		L	
25	V		P		45	V		L	
26	V		P		46	V		L	
27	V		P		47	V		L	
28	V		P		48	V		L	