

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO A PACIENTES QUE RECEBERÃO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: UMA PROPOSTA DE PROTOCOLO

Dental care to patients that will receive
transplantation of hematopoietic stem
cells: a protocol proposal

Karen Alvarenga de Carvalho e Silva ^I
Lia Silva de Castilho ^{II}
Rodrigo Richard da Silveira ^{II}
Humberto Corrêa de Almeida ^{II}
Ênio Lacerda Vilaça ^{II}
Maria Elisa Souza e Silva ^{II}

^I Cirurgiã-dentista formada pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

^{II} Professores do Departamento de Odontologia Restauradora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal

Correspondência para/ Correspondence to:
Lia Silva de Castilho
E-mail: liasilvacastilho@gmail.com

RESUMO

A assistência odontológica no período que antecede o transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é extremamente importante para a eliminação de possíveis fontes infecciosas de origem bucal, prevenindo complicações orais ou sistêmicas após o TCTH, além de reduzir a morbidade e a mortalidade do paciente. O objetivo deste trabalho foi propor um protocolo de atendimento odontológico a pacientes pré TCTH baseado em uma revisão da literatura e na experiência do “Projeto de Atenção Odontológica a Pacientes Transplantados de Medula Óssea e Fígado do Hospital das Clínicas da UFMG”. A atenção odontológica fundamentada na avaliação sistêmica detalhada, cuidadosamente coletada e no planejamento da atenção, respeitando as particularidades dos pacientes, assim como a atuação em conjunto com uma equipe multidisciplinar, garantem a realização do tratamento pré TCTH comprometido com a recuperação da saúde bucal e manutenção da boa qualidade de vida dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE:

SAÚDE BUCAL

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

ABSTRACT

The dental care in the period preceding hematopoietic stem cells transplantation (HSCT) is extremely important for the elimination of possible infectious sources of oral origin, preventing oral or systemic complications after HSCT, in addition to reduce morbidity and mortality of patient. The objective of this study was to propose a dental care protocol before HSCT based on a literature review and experience of the “Project for Dental Care of Patients Transplanted Bone Marrow and Liver of the Hospital of Clinics-UFMG”. The dental care based on detailed systemic evaluation, carefully collected and on planning of care, respecting particularities of patients, as well as acting together with a multidisciplinary team, ensure the achievement of treatment before HSCT, committed to the recovery of oral health and maintaining good quality of life of patients.

KEYWORDS:

ORAL HEALTH

DENTAL CARE

TRANSPLANTATION OF HEMATOPOIETIC STEM CELLS

HEMATOLOGIC DISEASES

INTRODUÇÃO

O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é a terapia indicada para o tratamento de doenças hematológicas como leucemias, mielomas, linfomas, anemia aplástica, desordens de imunodeficiência, doenças hereditárias das células sanguíneas (como anemia falciforme e talassemia), assim como forma de tratamento de tumores sólidos como neuroblastoma, câncer de mama, entre outros. O procedimento consiste na infusão endovenosa da suspensão de células-tronco do doador selecionado e, para o enxerto ser bem-sucedido, necessita de uma adequada imunossupressão do receptor, o que é conseguido com irradiação total do corpo, quimioterapia ou uma combinação de ambos. O dia da infusão é considerado o dia 0 e os dias seguintes são contados como dia +1, +2 até +100.

Existem três tipos de transplantes: o AUTÓLOGO, em que células-tronco saudáveis do próprio paciente são selecionadas para a futura infusão; o SINGÊNICO, em que o doador e o paciente são gêmeos idênticos e o ALOGÊNICO, em que o doador pode ter algum parentesco, como algum irmão não gêmeo, ou sem parentesco algum. Dentre algumas indicações para transplante alogênico e singênico estão a leucemia mielóide aguda e crônica, leucemia linfóide aguda e crônica, anemia aplástica grave e talassemia maior. Já para os transplantes autólogos, estão indicados os casos de neuroblastoma avançado (IV), linfoma de Hodgkin e linfoma não-Hodgkin de segunda remissão, dentre outros¹.

O atendimento odontológico tem como objetivo melhorar a condição bucal e sistêmica dos pacientes, seja na fase pré, per ou pós-transplante, evitando assim, complicações mais graves durante o processo, como a septicemia de origem odontológica que pode causar risco de morte.^{2,3}

A atenção odontológica, nestes casos, é diferenciada e cada paciente tem suas peculiaridades e demanda um planejamento que priorize suas reais necessidades. No caso dos indivíduos da fase pré-transplante, em que boa parte não pode esperar por um tratamento demorado, são propostos planejamentos com abordagens diferenciadas, com prioridades diferentes daquelas que daríamos às pessoas em condições sistêmicas normais, visando sempre a sanar os problemas bucais e lhes proporcionar uma melhor qualidade de vida ⁴.

O objetivo desta revisão, narrativa de literatura, é embasar uma proposta de protocolo de atendimento odontológico a pacientes transplantados de células-tronco hematopoiéticas, no período pré-transplante assistidos pelo Projeto de Extensão “Assistência Odontológica a Pacientes de Transplante de Medula Óssea e Fígado do Hospital das Clínicas da UFMG”.

METODOLOGIA

Foram realizadas buscas literárias nos seguintes bancos de dados: portal Capes, PubMed/ MedLine, Scielo e sites como da Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia, Ministério da Saúde, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, American Heart Association e National Institute of Cancer. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “saúde bucal”, “assistência odontológica”, “transplante de células-tronco hematopoiéticas” e “alterações hematológicas”, nos idiomas português, inglês e espanhol.

REVISÃO DA LITERATURA

O hemograma completo deve ser avaliado de acordo com a doença do paciente na fase pré-transplante. Uma contagem alta de neutrófilos em pacientes com leucemia mielóide aguda não indica necessariamente uma infecção, mas é uma situação típica da doença: são células não funcionais, tornando o paciente ainda suscetível a infecções. De uma forma geral, doenças relacionadas à medula óssea, como leucemia e doenças metastáticas, assim como o tratamento imunossupressor, reduzem o número normal de células hematopoiéticas, causando quadros de trombocitopenia, neutropenia e anemia ⁵.

A trombocitopenia é uma complicação frequente do tratamento de câncer com quimioterapia e a sua incidência e gravidade dependerão do tipo de malignidade, fase e abordagem para tratamento. Consideram-se valores de referência inferiores a 100.000/mm³ para a contagem de plaquetas e trombocitopenia. Aproximadamente 2,5% da população adulta normal apresenta valores abaixo de 150.000/mm³, justificando utilizar valores inferiores como referência ⁶. A transfusão profilática de plaquetas em pacientes com contagem inferior a 50.000/mm³ é recomendada para realização de procedimentos cruentos como extrações ^{4,5,6}. Dentro desse parâmetro, as extrações podem ser procedimentos seguros em pacientes trombocitopênicos e os sangramentos pós-operatórios pouco frequentes, sendo controlados com medidas simples de hemostasia local ^{5,6}. Os eventos hemorrágicos são mais frequentes em pacientes com contagem de plaquetas inferiores a 20.000/mm³ ⁶.

Outro indicador de grande importância a ser observado é a Relação Normalizada Internacional (RNI), valor calculado entre o tempo de protrombina (PT) do paciente e a média do intervalo normal de coagulação padronizado internacionalmente. O valor de referência para o RNI é ¹, sendo que quanto maior o valor do RNI, menor será a coagulação sanguínea e mais demorada poderá ser a hemostasia ⁷.

Os cirurgiões-dentistas devem conhecer o RNI dos pacientes que esperam por transplantes das células-tronco hematopoiéticas, se for o caso, quando da execução de procedimentos invasivos como extrações (simples ou múltiplas), tratamento endodôntico, biópsia, cirurgia periodontal, raspagem subgingival, cirurgia oral menor e anestésias locais⁸. Deve-se levar em consideração a complexidade do procedimento que será realizado: extração de um dente com mínima hemorragia esperada, RNI até ⁴; extração de terceiros molares, dentes múltiplos ou em caso de hemorragia moderada, indicaram RNI até ^{3,5}; casos em que se esperava uma maior hemorragia recomendaram RNI abaixo de ³ e, em casos que o RNI estivesse acima de ⁵, não realizar nenhum procedimento⁹. Cirurgias atraumáticas, com suturas bem realizadas,

adotando medidas hemostáticas locais, rigoroso cumprimento das recomendações pós-operatórias pelo paciente e a experiência profissional, também influenciam no sucesso dos procedimentos ^{8,9}.

A anemia é uma redução do número de glóbulos vermelhos ou da concentração da hemoglobina, tendo como consequência a diminuição da oxigenação tecidual, com valores de hemoglobina inferiores a 12 g/dL ¹⁰. O risco do seu desenvolvimento em pacientes com câncer é uma complicação frequente e multifatorial. A incidência e severidade dependem da origem do tumor, idade do paciente, estágio da doença, do tipo e da intensidade do tratamento. A anemia pode causar uma série de sintomas que comprometem a qualidade de vida e o tratamento odontológico, uma vez que a falta de oxigenação nos tecidos pode comprometer a cicatrização tecidual ^{10,11}. A anemia também pode ser um dos primeiros sinais de uma doença neoplásica, entretanto é mais comumente relacionada ao tratamento ou à progressão de doença neoplásica ¹¹.

O regime de condicionamento para o TCTH resulta em uma redução dramática na contagem periférica de células sanguíneas. A neutropenia e trombocitopenia que se desenvolvem, criam uma janela de tempo limitada para o tratamento odontológico ¹². Sinais habituais de infecção podem não ser evidenciados durante a neutropenia. Nessa fase, associados à trombocitopenia, estão contraindicados procedimentos odontológicos invasivos, até os níveis retornarem para margens seguras: contagem absoluta de neutrófilos >1.000/mL e contagem de plaquetas >50.000/mL ¹³.

O Nacional Institute of Cancer ¹⁴ sugere que pacientes com acesso venoso permanente e com contagens de neutrófilos entre 1.000 e 2.000/mm³, deveriam receber o esquema proposto pela American Heart Association – AHA15 (2015), para profilaxia antimicrobiana, indicando também uma terapia antibiótica mais agressiva na presença de infecção. O uso da profilaxia antibiótica deve ser considerado sempre que a contagem de granulócitos for inferior a 500/mL⁵ ou em extrações dentárias. Em dentes que serão submetidos à raspagem, pode-se considerar a injeção periodontal de antibiótico, contendo 1 mg de minociclina ¹⁶.

Idealmente, os cuidados odontológicos devem terminar antes do início do tratamento do câncer. Quando não for possível, devem-se priorizar os tratamentos para eliminar fontes ativas de infecção (ou fontes em potencial), como a remoção de tecido cariado, eliminação de traumas (restaurações fraturadas ou em excesso, brackets ortodônticos, dentes com grande mobilidade ou decíduos em esfoliação), tratamentos endodônticos em dentes permanentes, extrações de dentes muito cariados, raspagem e curetagem, tratamento de infecções na mucosa (candidíase). Além disso, medidas de higiene oral devem ser incentivadas, uma vez que a mucosa estará suscetível aos efeitos da quimioterapia associada ou não a radioterapia, devido à intensa atividade mitótica. Essas medidas irão reduzir o risco de infecções odontogênicas e consequentes complicações orais e sistêmicas ^{2,4,17}. A avaliação odontológica deve incluir exames de cabeça e pescoço, abrangendo os tecidos moles e a dentição. O exame intraoral deve avaliar a mucosa bucal, dentes e periodonto, associado a um exame radiográfico adequado (panorâmicas, periapicais ou interproximais), complementando o exame clínico. É importante a identificação de condições bucais que possam exacerbar e causar complicações nas fases seguintes ao transplante ¹⁷. O exame radiográfico pode identificar lesões crônicas ou ocultas, auxiliando o planejamento da atenção odontológica ³.

Protocolos já existentes de atendimento para pacientes adultos pré TCTH enfatizam a higiene bucal, restaurações, tratamentos endodônticos para casos de pulpites e lesões periapicais recentes com diâmetro maior do que 5 mm. Exodontias são realizadas para os casos de raízes residuais, terceiros molares parcialmente irrompidos e nos casos em que não há tempo hábil para a realização de tratamentos endodônticos. Também estão previstas as realizações de pulpotomias e a remoção de próteses ou restaurações mal-ajustadas ^{2,16}. No caso de crianças, fazem parte do protocolo, instruções sobre higiene bucal, exodontia de decíduos com maior mobilidade, tratamento endodôntico, fluoroterapia e restaurações ^{3,17}.

Em relação às exodontias, suas complicações causam um risco aumentado de infecção, hemorragia ou cicatrização retardada da ferida cirúrgica, podendo causar até o adiamento do transplante ³. Para a prevenção dessas complicações, deve-se adotar uma técnica menos traumática possível, realizando-se medidas hemostáticas locais, buscando-se uma cicatrização de primeira intenção ^{5,8,9,17}. Em relação ao tempo de reparo da ferida cirúrgica e o início do condicionamento para o TCTH, recomenda-se que as exodontias devem ser realizadas entre 10 a 14 dias e, para dentes impactados, de 14 a 21 dias, antes do condicionamento ¹⁷.

DISCUSSÃO

A confecção de prontuários odontológicos contendo informações corretas, completas e atualizadas é fundamental para o sucesso na abordagem odontológica. Além da perfeita documentação, o trabalho com a equipe multidisciplinar fundamenta as ações do cirurgião-dentista em relação ao estado do paciente e embasa suas decisões quanto ao tratamento.

Um paciente com um quadro combinado de trombocitopenia e RNI elevados tem maiores chances de ter uma hemorragia⁷. Pela experiência do projeto, os tratamentos mais invasivos, como exodontias, são realizados com margens de plaquetas acima de 50.000 e RNI até^{3,5,8,9}. São seguidas técnicas com o menor trauma cirúrgico possível, além de medidas hemostáticas locais e ênfase nas recomendações pós-operatórias para o paciente, como: repouso relativo; não se expor ao sol ou realizar atividades físicas nos primeiros dias pós-operatórios; alimentação pastosa, morna ou fria; dormir com a cabeça mais elevada que o corpo; em caso de sangramento, morder uma gaze no local por 30 minutos e, caso este persista, procurar por atendimento odontológico. Além disso, avalia-se o nível neutropênico do paciente e a possível presença de acesso venoso, com a necessidade e o tipo de procedimento que se planeja realizar e, caso seja necessário o atendimento nessa fase, indica-se o uso de antibiótico profilático^{5,14,15}. Não se recomenda a manutenção do medicamento após o procedimento, pois a dose terapêutica é uma forma de tratamento e não de prevenção. São seguidas normas estritas de biossegurança.

Em muitas situações, os cirurgiões-dentistas trabalham com um curto prazo para o tratamento dos pacientes antes do TCTH. Além dessa questão, existe a possibilidade de o quadro de saúde do paciente piorar, ocasionando internações ou incapacitação para comparecimento às consultas, o que atrasaria ainda mais a conclusão do tratamento odontológico e a consequente liberação para o transplante. Por esses motivos, o planejamento do tratamento é realizado em torno de prioridades e de forma individualizada^{4,12}.

O projeto de extensão preconiza a motivação e a instrução para os pacientes manterem uma boa higienização. Todos os novos pacientes recebem um kit que contém escova, pasta de dente e fio dental. Concomitantemente, é realizada a escovação orientada, sendo essa abordagem repetida sempre que necessário. Caso seja paciente pediátrico, essa medida é realizada junto com o responsável^{3,17}. Os alunos do projeto também desenvolveram uma cartilha que demonstra a importância da manutenção de uma boa higiene oral para a saúde geral dos pacientes. Ainda na fase de adequação bucal, todos os pacientes recebem um polimento coronário, além de raspagens supra e/ou subgingivais, caso tenham necessidade. A gengivite e a periodontite são, provavelmente, os problemas bucais mais comumente encontrados em pacientes de TCTH, relacionados à má higienização¹⁷.

Como forma de reduzir a carga bacteriana ou auxiliar no tratamento periodontal, pode-se recomendar o uso da clorexidina por alguns dias ou realizar o bochecho antes dos procedimentos, evitando o uso de enxaguatórios que contêm álcool, prevenindo o risco de ardência e queimação na mucosa¹⁷.

Vale ressaltar que a dor deve ser a primeira questão abordada no planejamento, instituindo-se tratamento para que ela cesse e se possa continuar a atenção. Qualquer fonte de infecção que possa se exacerbar no período de condicionamento deve ser eliminada. A primeira opção, a depender da urgência, tem foco nas restaurações ou obturações radiculares temporárias e, em casos mais extremos, a extração do elemento fonte é uma opção viável^{2,16}.

O tratamento endodôntico é um problema quando o prazo é curto para a realização do transplante. Quando são observadas lesões periapicais, não existe a garantia de ausência de desdobramentos, caso se decida preservar o dente. A opção pode ser a limpeza dos condutos radiculares e a sua obturação definitiva ou temporária,^{2,16} ou é realizada a exodontia.

Emprega-se a fluoroterapia no controle e tratamento de cárie de esmalte, além de restaurações dos dentes cariados em dentina. Para um melhor aproveitamento das consultas, trabalha-se por hemiarcos, aproveitando-se, assim, a ação anestésica e, caso seja possível, o isolamento absoluto¹⁷. Além disso, são removidas todas as fontes de trauma em mucosas ou infecções secundárias, como excessos ou fraturas de restaurações, aparelhos fixos ortodônticos, próteses mal-adaptadas. O uso de próteses removíveis deve ser suspenso durante o transplante^{16,17}.

CONCLUSÃO

O atendimento odontológico de pacientes que receberão o Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é um procedimento necessário para garantir a qualidade de vida deles. A dor deve ser imediatamente debelada e a realização da atenção deve observar os parâmetros de limitação do tempo, indicadores hematológicos, remoção dos focos de infecção e manutenção dos elementos dentais. No entanto, a exodontia de elementos é sempre uma possibilidade a ser avaliada. Tal como realizado no Projeto de Extensão “Assistência Odontológica a Pacientes de Transplante de Medula Óssea e Fígado do Hospital das Clínicas da UFMG”, esse protocolo de atendimento pode ser executado em qualquer consultório odontológico de qualquer Unidade Básica de Saúde, por qualquer cirurgião-dentista, clínico geral.

REFERÊNCIAS

1. ABRALE, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA. Manual - Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas do Sangue e da Medula Óssea. Disponível em: <<http://www.abrale.org.br/web/uploads/files/Transplante%20de%20c%C3%A9lulas%20tronco.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.
2. Yamagata K, Onizawa K, Yanagawa T, Hasegawa Y, Kojima H, Nagasawa T, Yoshida H. A prospective study to evaluate a new dental management protocol before hematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*. 2006a; 38: 237-42.
3. Yamagata K, Onizawa K, Yoshida H, Yamagata K, Kojima Y, Koike K, Tsuchida M. Dental management of pediatric patients undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Pediatric Hematology and Oncology*. 2006b; 23 (7): 541-48.
4. Morimoto Y, Niwa H, Imai Y, Kirita T. Dental management prior to hematopoietic stem cell transplantation. *Special Care in Dentistry*. 2004; 24 (6): 287-92.
5. Pelinsari FCM, Ruas BM, Pereira TSF, Resende RG, Campos-Pinto Jr. AA, Silva ME., Gomez RS. Dental extractions in patients prior to stem cell transplantation. *Oral Health and Dental Management*. 2014; 13 (4): 1144-46.
6. Fillmore WJ, Leavitt BD, Arce K. Dental extraction in the thrombocytopenic patient is safe and complications are easily managed. *Journal of oral and maxillofacial surgery*. 2013; 71 (10): 1647-52.
7. Araujo FM, Lopes MVN, Alvarenga RL, Alvarenga GL, Souza LN. Cirurgia oral em pacientes sob terapia com anticoagulantes orais: revisão da literatura e apresentação de dois casos clínicos. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2010; 51(4): 219-24.
8. Perry DJ, Noakes TJ, Helliwell P.S. Guidelines for the management of patients on oral anticoagulants requiring dental surgery. *British Dental Journal*. 2007; 203 (7):389-93, 13 out.
9. Dantas AK, Deboni MCZ, Piratininga JL. Cirurgias odontológicas em usuários de anticoagulantes orais. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. 2009; 31(5): 337-40.
10. Birgegard G, Aapro MS, Bokemeyer C, Dicato M, Drings P, Hornedo J, Krzakowski M, Ludwig H, Pecorelli S, Schmoll H, Schneider M, Schrijvers D, Shasha D, Van Belle S. Cancer-related anemia: pathogenesis, prevalence and treatment. *Oncology*. 2005; v. 68(1):3-
11. Calabrich FCA, Katz A. Deficiência de ferro no paciente com câncer. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*. 2010; 32 (2): 95-98.
12. Elad S, Garfunkel AA, Or R, Michaeli E, Shapira MY, Galili D. Time limitations and the challenge of providing infectionpreventing dental care to hematopoietic stem-cell transplantation patients. *Supportive Care in Cancer*. 2003;11 (10): 674-77.
13. Brennan MT, Woo SB, Lockhart PB. Dental treatment planning and management in the patient who has cancer. *Dental Clinics of North America*. 2008; 52(1): 19-37.
14. UNITED STATES. Nacional Institute of Câncer. Oral Complications of Chemotherapy and Head/Neck Radiation (PDQ®). Overview. Bethesda: Instituto Nacional do Câncer, 2014a. Disponível em: <<http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/oralcomplications/HealthProfessional#top>>. Acesso em: 23 dez. 2014.
15. AHA, AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2015. Disponível em: <<http://www.heart.org/heartorg/>>. acesso em: 19 jan. 2015.
16. Tsuji, K Shibuya Y, Akashi M, Furudoi S, Yakushijin K, Kawamoto S, Okamura A, Matsuoka H, Komori T. Prospective study of dental intervention for hematopoietic malignancy. *Journal of Dental Research*, 2010: 1-8.
17. Majorana A, Schubert MM, Porta F, Ugazio AG, Sapelli PL. Oral complications of pediatric hematopoietic cell transplantation: diagnosis and management. *Supportive Care in Cancer*. 2000; 8(5): 353-65.

Recebido em: 23 out. 2018
Aprovado em: 09 jan. 2019