

Urgências Estomatológicas no Angioedema Hereditário – a propósito de um Caso Clínico

CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE

Cunha Coutinho J, Cunha Coutinho G, Franco Caldas C, Salvado F.
Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Clínica Universitária de Estomatologia



Introdução

O angioedema hereditário (AEH) é uma doença rara que se define por episódios recorrentes de edema assimétrico, não pruriginoso e não eritematoso que afeta a derme, o tecido subcutâneo e/ou mucosas. A expressão da doença faz-se sobretudo a nível cutâneo, da mucosa digestiva e da laringe, com risco de asfixia e morte em 25 a 40% dos doentes não tratados. É uma doença de transmissão autossómica dominante causada pela deficiência do inibidor da esterase da fração C1 do complemento (C1-INH), o que leva à ativação não controlada da via clássica do complemento e de outros sistemas bioquímicos, incluindo o sistema da bradicinina.

O angioedema hereditário é uma doença rara que afeta 1:50 000 indivíduos da população. Em Portugal, estima-se um número total de 200 casos.

O diagnóstico de angioedema hereditário baseia-se em critérios clínicos e laboratoriais. Suspeita-se de angioedema hereditário quando um doente apresenta história de angioedema recorrente, especialmente na ausência de exantema ou urticária. Há 3 tipos de angioedema hereditário, o AEH tipo I, caracterizado por baixos níveis plasmáticos de C1-INH, o AEH tipo II, com níveis normais ou elevados de C1-INH disfuncional e o AEH tipo III, que apresenta níveis funcionais e quantitativos normais de C1-INH. O angioedema também pode ser adquirido (Figura 1).

O tratamento do angioedema hereditário dirige-se ao controlo das crises graves, ao tratamento profilático a longo prazo e pré-procedimento (Figura 2).

Caso Clínico

MM, sexo feminino, 34 anos, grávida de 25 semanas. Antecedentes pessoais de angioedema hereditário tipo I, medicada profilaticamente com Berinert (C1-inibidor) em SOS.

Recorre à Urgência de Estomatologia por odontalgia desde há 5 dias e desde o dia anterior com parestesia do lábio inferior à esquerda.

À observação não apresentava sinais de angioedema. Ao exame intra-oral destacava-se cárie de 3,7, com preenchimento vestibular associado com flutuação.

Discutiu-se o caso com as equipas de urgência de Imunoalergologia e de Obstetria, optando-se por fazer profilaxia com concentrado de C1-inibidor. Fez a primeira toma de amoxicilina/ácido clavulânico e metamizol. Depois, sob anestesia loco-regional procedeu-se a drenagem de abscesso por via intra-oral com saída abundante de pús e necropulpectomia de 3,7, lavagem intracanal com soro e clorexidina e obturação provisória (Figura 3).

A doente ficou em vigilância 24h, sem intercorrência registadas. No dia seguinte apresentava-se clinicamente melhorada, tendo alta com indicação para reavaliação dentro de uma semana. Alertou-se a doente para possíveis sinais de alarme.

A doente manteve seguimento em consulta de Estomatologia do Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte.

Discussão e Conclusão

As crises de angioedema associadas a intervenções cirúrgicas geralmente surgem após 4 a 30 horas, geralmente perto do local do trauma cirúrgico. A cirurgia oral é considerada de alto risco, devido à associação com o edema das vias aéreas superiores. É importante enfatizar a necessidade da profilaxia antes de procedimentos cirúrgicos da cavidade oral em todos os pacientes com angioedema hereditário.

Tanto o concentrado de C1-inibidor como os androgénios são boas opções para prevenir o desenvolvimento de angioedema das vias aéreas superiores. O tratamento agudo deve estar sempre disponível e os doentes devem ser informados sobre o possível desenvolvimento de angioedema das vias aéreas superiores e instruídos sobre as medidas urgentes a tomar.

Efeitos da gravidez nos sintomas do AEH

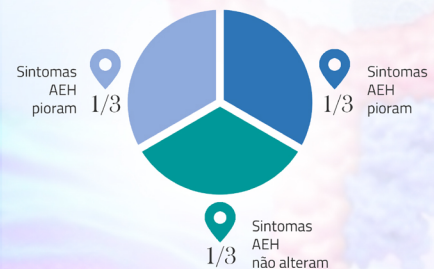


Figura 1 – Fluxograma representativo do percurso diagnóstico para o Angioedema Hereditário

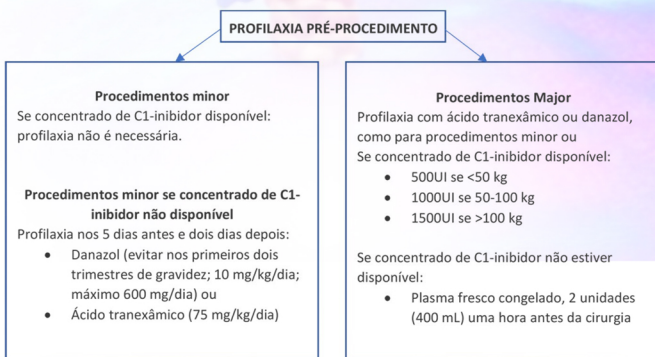


Figura 2 – Esquemas profiláticos para cirurgia oral em doentes com Angioedema Hereditário

Guielines para tratamentos dentários durante a gravidez	
Trimestre	Recomendações actuais
Primeiro trimestre (1-12 semanas)	
Proteger a grávida de infeções e evitar a utilização de fármacos e radiação	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ensino sobre alterações orais da gravidez 2. Enfatizar a higiene oral e controlo de placa 3. Limitar tratamentos dentários a profilaxia periodontal e tratamentos urgentes 4. Evitar radiografias por rotina
Segundo trimestre (13-24 semanas)	
Tratamentos dentários devem ser realizados durante o segundo trimestre, no entanto procedimento extensos devem ser adiados para depois do parto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instruções de higiene oral e controlo de placa 2. Raspagem e alisamento radicular se necessário 3. Controlo de doenças orais activas 4. Tratamentos dentários electivos são seguros 5. Evitar radiografias por rotina
Terceiro trimestre (25-40 semanas)	
Hipotensão supina pode ocorrer em decúbito dorsal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instruções de higiene oral e controlo de placa 2. Raspagem e alisamento radicular se necessário 3. Evitar tratamentos dentários electivos durante a segunda metade deste trimestre 4. Evitar radiografias por rotina

Figura 3 – Considerações a ter com doentes grávidas com Angioedema Hereditário antes de realizar cirurgia oral

Bibliografia

1. Caballero, T., Canabal, J., Paganoni, D.R., Caballero, R. (2014). Management of hereditary angioedema in pregnant women: A review. *Int J Womens Health* 6, 839-848.
2. Kurien, S., Kattaman, V.S., Srinam, R.B., Srinam, S.K., Rao, V.G., Bhupathi, A. (2013). Management of pregnant patient in dentistry. *J Int Oral Health* 5, 88-97.
3. Patel, S., Thakur, P.M., Paul, S.T., Gaidhri, P. (2013). Oral health care: knowledge, attitude, practice behaviour among gynaecologists and dental practitioners. *J Int Oral Health* 5, 9-15.
4. Jurado-Palomio, J., & Caballero, T. (2017). Short-Term Prophylaxis in Odontostomatological, Maxillofacial and ENT Procedures in Patients with Hereditary Angioedema Due to C1-Inhibitor Deficiency. A Comprehensive Review of Urticaria and Angioedema. doi: 10.5772/67713
5. Bowne, T., Cicardi, M., Farkas, H., Borik, K., Longhurst, H., Zurek, B., Engstler-Pursin, E., Craig, I., Brilley, K., Hebert, J., Ritchie, B., Boultz, L., Bettelheim, S., Cogger, D., Drenth, J., Dvorzák, R., Hamed, A., Kamra, P., Keith, D.A., Liccardi, G., Keith, E., Lyons, H., Masi, S., Mabo, B., Neuwirth, D., Poon, M.C., Rivard, G.E., Schellhorn, R., Rowan, D., Rowe, A., Stark, D., Sur, S., Tse, E., Warrington, R., Wisniewski, S., Amerasinghe, R., Bernstein, J., Björkander, J., Bross, K., Bross, J., Bygum, A., Caballero, T., Frank, M., Faust, O., Harms, G., Vanhan, A., Krczy, W., Levi, M., Li, H., Martinez-Saguer, I., Moldovan, D., Nagy, I., Nielsen, E.W., Nordenfalk, P., Reischl, A., Ruscák, E., Smith-Fort, S., Späth, P., Varga, L., Xiang, Z.Y. (2010). International consensus algorithm for the diagnosis, therapy and management of hereditary angioedema. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2010, 6-24.