Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Manejo cirúrgico em pacientes portadores de coagulopatias

Surgical management in patients with hereditary coagulopathies

Manejo quirúrgico en pacientes con coagulopatías hereditarias

Beatriz Yenikomochian Destro[1], Giovanna Moreno Lopes[1], Erick Olivieri Rodrigues[1], Jeferson Araújo Ferreira[1], Nicholas Pascuotte Filippetti[1], Hélio de Jesus Kiyochi Júnior[1], Kelly Cristine Tarquinio Marinho[1], Levy Anderson Cesar Alves[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever o manejo e conduta cirúrgica odontológica em pacientes portadores de coagulopatias, dando enfoque para as doenças hereditárias, como doença de von Willebrand e hemofilia A. **Revisão bibliográfica:** A revisão destacou que o manejo desses pacientes evoluiu para protocolos mais individualizados e interdisciplinares, envolvendo o cirurgião-dentista e o hematologista, tendo em vista a necessidade de uma análise criteriosa do paciente. Há consenso de que esses pacientes apresentam alto risco hemorrágico, exigindo planejamento cuidadoso e avaliação pré-operatória detalhada, tanto sistêmica quanto local, incluindo exames como TP/INR e TTPA. Além disso, houve convergência entre os autores sobre o uso do ácido tranexâmico na maioria dos casos, não sendo necessário a suspensão dos anticoagulantes. **Considerações finais:** O manejo cirúrgico em pacientes com coagulopatias exige abordagem individualizada, interdisciplinar e baseada em protocolos atualizados. O uso de antifibrinolíticos, a manutenção de anticoagulantes orais em muitos casos e o emprego rigoroso de medidas hemostáticas locais permitem maior segurança e previsibilidade, tornando-se possível um tratamento eficaz sem comprometer a saúde sistêmica do paciente.

Palavras-chave: Doença de von Willebrand, Hemofilia A, Coagulação sanguínea, Cirurgia bucal.

ABSTRACT

Objective: To describe the management and surgical approach of patients with coagulopathies, focusing on hereditary diseases such as von Willebrand disease and hemophilia A. **Literature review:** The review highlighted that the management of these patients has evolved toward more individualized and interdisciplinary protocols, involving the dentist and hematologist, given the need for careful patient analysis. There is consensus that these patients are at high risk of bleeding, requiring careful planning and detailed preoperative evaluation, both systemic and local, including tests such as PT/INR and APTT. Furthermore, there was agreement among the authors regarding the use of tranexamic acid in most cases, without the need to discontinue anticoagulants. **Final considerations:** Surgical management of patients with coagulopathies requires an individualized, interdisciplinary approach based on updated protocols. The use of antifibrinolytics, the maintenance of oral anticoagulants in many cases, and the rigorous use of local hemostatic measures allow for greater safety and predictability, making effective treatment possible without compromising the patient's systemic health.

Keywords: Von Willebrand disease, Hemophilia A, Blood clotting, Oral surgery.

[1] Universidade Paulista (UNIP), São Paulo – SP.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 10/2025** | **PUBLICADO EM: 11/2025**

RESUMEN

Objetivo: Describir el manejo y el abordaje quirúrgico de pacientes con coagulopatías, con énfasis en enfermedades hereditarias como la enfermedad de von Willebrand y la hemofilia A. **Revisión bibliográfica:** La revisión destacó que el manejo de estos pacientes ha evolucionado hacia protocolos más individualizados e interdisciplinarios, involucrando al odontólogo y al hematólogo, dada la necesidad de análisis del paciente. Existe consenso en que estos pacientes presentan un alto riesgo de sangrado, lo que requiere una planificación cuidadosa y una evaluación preoperatoria detallada, tanto sistémica como local, incluyendo pruebas como TP/INR y APTT. Además, si existe consenso entre los autores sobre el uso de ácido tranexámico en la mayoría de los casos, no será necesario suspender los anticoagulantes. **Consideraciones finales:** el manejo quirúrgico en pacientes con coagulopatía requiere un abordaje individualizado e interdisciplinario basado en protocolos actualizados. El uso de antifibrinolíticos, el mantenimiento de anticoagulantes orales en muchos casos y el uso de medidas hemostáticas locales rigurosos permiten una mayor seguridad y previsibilidad, posibilitando un tratamiento efectivo sin comprometer la salud sistémica del paciente.

Palabras clave: Enfermedad de von Willebrand, Hemofilia A, Coagulación sanguínea, Cirugía oral.

INTRODUÇÃO

As coagulopatias hereditárias constituem um grupo de distúrbios genéticos caracterizados por alterações quantitativas ou funcionais nos fatores de coagulação sanguínea, comprometendo o processo hemostático e aumentando o risco de sangramentos espontâneos ou induzidos por traumas mínimos (SHABESTARI SB, et al., 2019).

Os distúrbios hemorrágicos podem ser caracterizados como congênitos ou adquiridos. Estes são devidos a condições como doenças hepáticas, uso de certos medicamentos (anticoagulantes) e deficiência de vitamina K. Dentre as principais condições hereditárias, destacam-se a hemofilia A (deficiência do fator VIII), a hemofilia B (deficiência do fator IX) e a doença de von Willebrand, sendo a última relacionada a anomalias do fator von Willebrand (FvW), que desempenha papel fundamental na adesão plaquetária (ROMER P, et al., 2022).

Nagarakanti S, et al. (2019) afirmam que essas patologias possuem distribuição variada, sendo a hemofilia predominantemente masculina e ligada ao cromossomo X, enquanto a doença de von Willebrand pode afetar ambos os sexos. A gravidade clínica dessas condições depende do nível de atividade do fator de coagulação presente no plasma, sendo classificadas em leves, moderadas ou graves.

Otrria LB, et al. (2025) citam que, apesar dos avanços terapêuticos, pacientes com coagulopatias hereditárias continuam a apresentar desafios significativos no contexto odontológico, especialmente durante procedimentos invasivos como extrações, raspagens subgengivais, cirurgias orais e mesmo manipulações gengivais simples. A manipulação odontológica inadequada pode resultar em hemorragias de difícil controle, hematomas extensos, infecções secundárias e, em casos mais graves, complicações sistêmicas (PULICARI S, et al., 2023).

Portanto, o cirurgião-dentista deve possuir conhecimento aprofundado sobre o manejo clínico desses pacientes, com ênfase na profilaxia pré-operatória, nos cuidados transoperatórios e na monitorização pós-operatória, a fim de evitar possíveis intercorrências (LAINO L, et al., 2020).

A integração de protocolos clínicos individualizados com o uso de terapias de reposição, como os fatores recombinantes e os agentes antifibrinolíticos, tem proporcionado maior segurança durante o atendimento odontológico desses indivíduos (MIESBACH W, 2020). Além disso, a atuação multidisciplinar envolvendo hematologistas, dentistas e anestesistas tem sido fundamental para a promoção de uma abordagem humanizada e eficaz.

Nesse contexto, a prevenção assume papel central, tendo em vista que a manutenção da saúde bucal reduz a necessidade de intervenções cirúrgicas e, consequentemente, os riscos associados ao sangramento (LAINO L, et al., 2020).

Dessa forma, através da descrição e avaliação da conduta odontológica para esses pacientes, é possível observar a necessidade de, além do domínio técnico, uma visão clínica ampla e integrada. O objetivo maior desse cuidado é reduzir o risco de complicações hemorrágicas durante e após os procedimentos, assegurando a preservação da saúde bucal e sistêmica.

A prevenção, mediante acompanhamento odontológico regular e incentivo a práticas de higiene oral adequadas, é a estratégia mais eficaz para minimizar a necessidade de intervenções invasivas e, consequentemente, diminuir a exposição ao risco de sangramento.

Além disso, a individualização dos protocolos, o uso de terapias adjuvantes como fatores recombinantes e agentes antifibrinolíticos, bem como a articulação entre cirurgião-dentista, hematologista e equipe multidisciplinar, representam pilares essenciais para a condução segura desses casos.

Em última análise, o objetivo final é garantir que esses pacientes tenham acesso a um atendimento odontológico de qualidade, humanizado e fundamentado em evidências científicas, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a redução das morbidades associadas às suas condições hematológicas (MIESBACH W, 2020; BELLAVER VK, et al., 2020; OTRRIA LB, et al., 2025).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Fisiologia da Hemostasia

A hemostasia é um processo fisiológico fundamental que garante o equilíbrio entre a fluidez sanguínea e o controle de sangramentos, sendo especialmente relevante no contexto odontológico, onde procedimentos rotineiros podem desencadear hemorragias em pacientes com distúrbios da coagulação. Este processo ocorre em três fases interdependentes: hemostasia primária, secundária e terciária (UKAEGBU K, 2024).

Na hemostasia primária, seu mecanismo se inicia imediatamente após a lesão vascular, ocorrendo a vasoconstrição mediada pela liberação de endotelina pelas células endoteliais, seguida da adesão das plaquetas ao colágeno exposto através de glicoproteínas como GP Ib-IX-V e do fator de von Willebrand. Em seguida, as plaquetas se ativam, liberando ADP, serotonina e tromboxano A2, formando o tampão plaquetário inicial. Esse estágio é crucial, especialmente em procedimentos como raspagens profundas e exodontias simples, pois distúrbios plaquetários — sejam genéticos ou induzidos por fármacos — podem comprometer sua formação (BELLAVER VK, et al., 2020).

A hemostasia secundária envolve a ativação da cascata de coagulação, dividida nas vias intrínseca e extrínseca, que convergem na ativação do fator X, culminando na formação de trombina e posterior conversão do fibrinogênio em fibrina, estabilizando o coágulo plaquetário. Essa etapa é especialmente afetada em pacientes com hemofilia A, B ou deficiência de fatores como o XI ou VII, que apresentam risco elevado de sangramento mesmo com tampão plaquetário funcional (UKAEGBU K, 2024). Nestes casos, é indispensável a reposição profilática de fatores de coagulação antes de qualquer procedimento invasivo (LIRAS A e ROMEU L, 2020).

Já a hemostasia terciária refere-se à fase de dissolução do coágulo, regulada pelo sistema fibrinolítico. A plasmina, formada a partir do plasminogênio, degrada a fibrina em produtos solúveis, permitindo o restabelecimento do fluxo sanguíneo. No entanto, essa etapa deve ser cuidadosamente controlada, pois sua ativação precoce pode resultar em sangramentos recorrentes, pois a cavidade oral, por conter ativadores de plasminogênio como a uroquinase presentes na saliva, é um ambiente altamente fibrinolítico. Por isso, o uso de agentes antifibrinolíticos como o ácido tranexâmico tem se mostrado eficaz no controle de sangramentos pós-operatórios (OTRRIA LB, et al., 2025).

Satyam A, et al. (2019) reforçam ainda que moléculas liberadas após lesões teciduais, conhecidas como DAMPs (*damage-associated molecular patterns*), ativam simultaneamente as cascatas do complemento e da coagulação, promovendo uma resposta inflamatória intensa. Embora essas reações sejam, a princípio, protetoras, sua ativação exacerbada pode gerar consequências graves, como coagulopatia induzida por trauma (CIT), falência de múltiplos órgãos e aumento da mortalidade (MENCIA JV, et al., 2024).

De acordo com Harada K, et al. (2020), no caso das coagulopatias hereditárias, como a hemofilia e a doença de von Willebrand, o problema está na produção ou funcionamento de proteínas essenciais para a coagulação, o que compromete a formação adequada de trombina e dificulta a estabilização do coágulo. Isso significa que, mesmo um simples procedimento odontológico pode representar um risco real de sangramento intenso, seja ele espontâneo ou causado por trauma (SHABESTARI SB, et al., 2019).

Coagulopatias hereditárias

As coagulopatias hereditárias são distúrbios genéticos que comprometem os mecanismos de coagulação sanguínea, resultando em episódios de sangramentos espontâneos ou prolongados após traumas mínimos. Entre as mais conhecidas, destacam-se a hemofilia A e a doença de von Willebrand, cada uma com características específicas e diferentes graus de severidade (PESSOA et al., 2024).

As doenças mais comuns representam desordens do sistema hemostático com implicações diretas na prática odontológica, como a hemofilia A, sendo causada pela deficiência do fator VIII ligada ao cromossomo X e é responsável por cerca de 80 a 85% dos casos de hemofilia, enquanto a doença de von Willebrand, de padrão autossômico dominante (Tipos 1 e 2) ou recessivo (Tipo 3), constitui o distúrbio de coagulação hereditária mais prevalente na população geral (SHAMSIEV MK, et al., 2021).

Sundaresan B, et al. (2024) ressalta que, além dos desafios hemostáticos, essas condições impactam diretamente na saúde bucal dos pacientes. O medo do sangramento durante a higiene oral diária pode levar ao abandono de práticas básicas como escovação e uso do fio dental. Com isso, doenças como gengivite, periodontite e cárie tornam-se recorrentes, muitas vezes exigindo tratamentos invasivos que representam novos riscos hemorrágicos (SHABESTARI SB, et al., 2019).

Doença de von Willebrand

Bellaver VK et al. (2020) definem a doença de von Willebrand (DvW) é causada por uma deficiência quantitativa ou funcional do fator von Willebrand, que é uma proteína de coagulação e transportadora para o fator VIII, necessária para a conclusão da hemostasia primária e consequentemente da hemostasia secundária, o que pode aumentar o risco de sangramentos mucocutâneos recorrentes, podendo ser espontâneos ou provocados por procedimentos invasivos, como cirurgias odontológicas (LAINO L, et al., 2020). O manejo clínico nesses casos requer atenção especial, e protocolos profiláticos com antifibrinolíticos, como o ácido tranexâmico, associados à reposição do fator FvW/FVIII, têm demonstrado eficácia na prevenção de sangramentos (MIESBACH W, 2020).

Clinicamente, a doença de von Willebrand se divide em três formas principais: tipo 1, responsável por 70 a 80% dos casos, caracteriza-se por uma redução parcial do FvW, com atividade plasmática variando entre 20 e 50% dos valores normais. Os pacientes apresentam, em geral, manifestações leves como epistaxes, menorragia e sangramento gengival, e podem ser manejados em odontologia com desmopressina (DDAVP), que promove a liberação endógena de FvW e fator VIII, associada a antifibrinolíticos como o ácido tranexâmico (ROMER P, et al., 2022). Já a DvW tipo 2, que representa cerca de 15 a 20% dos casos, corresponde a defeitos qualitativos do FvW e é subdividida em 2A, 2B, 2M e 2N, variando desde a perda de multímeros de alto peso molecular até alterações de ligação plaquetária ou ao fator VIII. Essa forma geralmente apresenta sangramentos moderados a graves, exigindo, em procedimentos odontológicos, reposição com concentrados de FvW/FVIII, além de medidas hemostáticas locais (CESCONETTO LA, et al., 2021).

Otrria LB, et al. (2025) afirmam que a DvW tipo 3 é a forma mais rara e grave (<5% dos casos), caracterizada pela ausência quase completa de FvW, com consequente redução crítica do fator VIII plasmático, levando a manifestações semelhantes às da hemofilia grave, como hemartroses, hematomas musculares e sangramentos espontâneos intensos. Dessa forma, enquanto pacientes do tipo 1 podem ser tratados de forma ambulatorial com suporte antifibrinolítico, os de tipo 2 e especialmente tipo 3 demandam protocolos individualizados, interconsulta com hematologista e, muitas vezes, atendimento em ambiente hospitalar para garantir segurança e controle hemostático (UKAEGBU K, 2024).

Hemofilia A

A hemofilia A, também conhecida como hemofilia clássica, é causada por uma deficiência do fator VIII da coagulação sanguínea, sendo um dos distúrbios hemorrágicos hereditários mais comuns (MIESBACH W, 2020). Sua gravidade está diretamente relacionada à concentração plasmática desse fator: níveis abaixo de 1% indicam hemofilia severa, associada a sangramentos espontâneos; entre 1% e 5% sugerem forma moderada; e acima de 6%, forma leve, com sangramentos geralmente restritos a procedimentos invasivos (SHABESTARI SB, et al., 2019; LAINO L, et al., 2020). Pacientes com hemofilia podem apresentar episódios hemorrágicos até mesmo durante a escovação dental, além de complicações em locais como a língua, frênulo labial e gengiva, devido à grande quantidade de capilares nessas regiões (SHABESTARI SB, et al., 2019). Esse distúrbio genético, geralmente hereditário, compromete a produção ou função adequada do fator VIII, o que leva a episódios de sangramento prolongado, espontâneo ou causado por pequenos traumas (BELLAVER VK, et al., 2020). Em casos mais graves, os sangramentos podem acometer articulações além do sistema nervoso central, aumentando o risco de sequelas funcionais e comprometendo a qualidade de vida. Além disso, é importante destacar que muitos pacientes só recebem o diagnóstico após um episódio de sangramento oral grave, sendo que 14% dos hemofílicos e até 30% dos com formas leves descobrem a condição após eventos desse tipo (BALLARDIN BS, et al., 2023).

Avaliação pré-operatória

No período pré-operatório, é fundamental a realização de uma anamnese detalhada, incluindo histórico de sangramentos prévios, episódios hemorrágicos familiares e uso de medicações anticoagulantes ou antiagregantes (HARADA K, et al., 2020). Além disso, exames laboratoriais como tempo de protrombina (TP), tempo de tromboplastina parcial ativada (aPTT), dosagem de fator VIII, IX e FvW, bem como a avaliação do INR em pacientes em terapia anticoagulante, são indispensáveis para mensurar o risco hemorrágico (ROMER P, et al., 2022). A interconsulta com o hematologista é recomendada, especialmente nos casos de hemofilia moderada a grave e doença de von Willebrand tipo 2 ou 3, permitindo definir a necessidade de reposição profilática de fatores de coagulação ou uso de desmopressina (SHABESTARI SB, et al., 2019).

ANDRADE NK, et al. (2019) afirmam que no período pós-operatório, o acompanhamento deve ser rigoroso nas primeiras 48 a 72 horas, devido ao maior risco para hemorragias reacionárias ou tardias. Estratégias incluem o uso de agentes antifibrinolíticos (ácido tranexâmico em bochecho 4,8%), hemostáticos locais como colágeno, celulose oxidada ou cola de fibrina, e suturas compressivas para estabilização do coágulo. Além disso, o paciente deverá receber instruções claras para evitar esforços físicos, alimentos duros, uso de aspirina e bochechos vigorosos, bem como orientações sobre condutas em caso de sangramento persistente (MENCIA JV, et al., 2024).

Dessa forma, a avaliação pré e pós-operatória criteriosa, aliada ao uso de protocolos hemostáticos baseados em evidências, é determinante para a segurança do paciente e para a previsibilidade clínica em odontologia (PULICARI F, et al., 2023).

Manejo Odontológico

O manejo odontológico em pacientes com coagulopatias hereditárias, como hemofilia A e B e doença de von Willebrand, deve seguir protocolos técnicos que integrem avaliação laboratorial, reposição hemostática e estratégias locais (PESSOA et al., 2024). Na hemofilia A (deficiência do fator VIII) e hemofilia B (deficiência do fator IX), Laino L, et al. (2020) afirmam que níveis plasmáticos do fator devem atingir pelo menos 50% da atividade normal para procedimentos invasivos menores, como exodontias simples, podendo chegar a 80–100% para cirurgias extensas, como múltiplas extrações ou cirurgias periodontais. Essa reposição é feita por meio da infusão de concentrados de fator VIII ou IX, sendo fundamental ajustar a dose conforme o peso, gravidade da hemofilia e meia-vida do fator administrado (LAINO L, et al., 2020). Nos casos de doença de von Willebrand, especialmente nos tipos 1 e 2, recomenda-se o uso de desmopressina (DDAVP, 0,3 µg/kg endovenoso ou subcutâneo, 30–60 minutos antes da cirurgia), que estimula a liberação do fator VIII, garantindo hemostasia adequada. Já nos casos graves (tipo 3 ou refratários ao DDAVP), é necessária a reposição com concentrado de FvW/fator VIII (BELLAVER VK, et al., 2020).

CESCONETTO LA, et al. (2021) afirmam que ao se tratar de pacientes portadores de coagulopatias em ambiente odontológico, as técnicas cirúrgicas devem ser atraumáticas, realizando sempre incisões reduzidas, osteotomia mínima e suturas firmes em pontos interrompidos compressivos devido à instabilidade do coágulo e à intensa atividade fibrinolítica presente no ambiente oral. Procedimentos cirúrgicos invasivos, como exodontias, expõem o osso alveolar e dificultam o fechamento primário da ferida, o que pode levar a sangramentos imediatos, reacionários ou tardios. Além disso, Bellaver VK, et al. (2020) demonstram que agentes hemostáticos locais como esponjas de gelatina, colágeno reabsorvível, celulose oxidada e colas de fibrina têm alta eficácia na estabilização da hemostasia e prevenção de sangramentos pós-operatórios, especialmente em pacientes com hemofilia e doença de von Willebrand. O uso do ácido tranexâmico 4,8% em bochecho (10 ml por 2 minutos, 4 vezes ao dia por 7 dias) é uma medida adjuvante segura e eficaz, pois inibe a fibrinólise e estabiliza o coágulo, reduzindo significativamente o sangramento pós-operatório (SHABESTARI SB, et al., 2019).

Do ponto de vista laboratorial, deve-se avaliar parâmetros como tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada e, em pacientes anticoagulados, o INR são essenciais para prevenir qualquer risco futuro. Valores de INR ≤ 3,5 são considerados seguros para procedimentos de baixo a moderado risco, enquanto valores até 4,0 podem ser aceitos em contextos controlados, conforme protocolos europeus recentes. Nos pacientes sob anticoagulação oral (varfarina, DOACs), a recomendação atual é não suspender a medicação para exodontias simples, desde que associado ao uso de medidas locais hemostáticas (PULICARI F, et al., 2023; MENCIA JV, et al., 2024; INCHINGOLO F, et al., 2024). Logo, o manejo odontológico deve sempre envolver interconsultas com hematologista, especialmente em hemofilias graves e DvW tipo 3, garantindo reposição adequada antes e após o procedimento, além de acompanhamento pós-operatório rigoroso nas primeiras 72 horas, período crítico para a ocorrência de sangramentos tardios (UKAEGBU K, 2024).

Ademais, pode-se observar que a discussão sobre o manejo odontológico em pacientes portadores de coagulopatias revela uma evolução significativa nas abordagens, apresentando consenso quanto às diferentes ênfases em protocolos terapêuticos, além da abordagem individualizada e integrada ao cuidado hematológico desses pacientes (ANDRADE NK, et al., 2019). Satyam A, et al. (2019) e Cesconetto LA, et al. (2021) concordam que essas condições impõem riscos hemorrágicos consideráveis em procedimentos odontológicos, desde os mais simples até os mais invasivos, e exigem cautela e planejamento. Shamsiev MK, et al. (2021), por exemplo, destacam que pacientes hemofílicos apresentam alta prevalência de doenças dentárias e periodontais, com cárie em 100% dos avaliados, e um número reduzido de extrações devido ao medo de complicações hemorrágicas.

Em sua totalidade, os autores apresentam a ideia de colaboração interdisciplinar entre o cirurgião-dentista, o hematologista e o médico assistente do paciente. Mencia JV, et al. (2024) enfatiza que essa comunicação é crucial para garantir a segurança, eficácia terapêutica e prevenção de eventos adversos. Laino L, et al. (2020) vão além, afirmando que o tratamento cirúrgico de hemofílicos deve ser realizado em ambiente hospitalar, com consulta hematológica obrigatória. Além disso, a avaliação pré-operatória detalhada também é fundamentalmente recomendada, incluindo histórico médico e farmacológico, e exames laboratoriais como hemograma, contagem de plaquetas, TP/INR e TTPA. Nagarakanti S, et al. (2019) relatam um caso em que o diagnóstico de hemofilia A leve foi incidentalmente feito após um sangramento prolongado pós-operatório, ressaltando a importância do TTPA prolongado como alerta.

Há um forte consenso sobre a eficácia, principalmente do ácido tranexâmico. Vários autores o consideram fundamental para estabilizar o coágulo na cavidade oral, especialmente devido à ação fibrinolítica da saliva. Sundaresan D, et al. (2024) apresentam uma perspectiva inovadora, demonstrando que, em muitos pacientes hemofílicos em profilaxia regular, procedimentos odontológicos podem ser realizados com segurança usando exclusivamente o ácido tranexâmico e medidas locais, sem a necessidade rotineira de Terapia de Reposição de Fator (TRF) adicional. Já Andrade NK, et al. (2019) reforçam que, para pacientes em uso de anticoagulantes orais, o ácido tranexâmico tópico é eficaz para controlar sangramentos sem a necessidade de suspender a medicação, evitando riscos tromboembólicos. Miesbach W (2020) destaca que seu uso oral é seguro e suficiente na maioria dos pacientes com DvW leve a moderada.

Acerca da não interrupção dos anticoagulantes orais como varfarina para procedimentos odontológicos simples, existe um forte consenso devido aos riscos tromboembólicos associados à sua suspensão (LIRAS; ROMEU, 2020). Para varfarina, o monitoramento do INR é crucial, sendo considerado seguro em procedimentos simples com INR na faixa terapêutica (2 a 3,5) (UKAEGBU, 2024). Inchingolo F, et al. (2024) consideram até 3,0 a 3,5, sendo que os novos anticoagulantes não necessitam de suspensão para procedimento de baixo ou médio risco, bastando apenas planejar a intervenção no momento de menor pico plasmático.

Dessa forma, enquanto há um claro consenso sobre a necessidade de cuidados individualizados, multidisciplinares, preventivos e o uso rigoroso de medidas hemostáticas locais e antifibrinolíticos, observa-se uma evolução na abordagem do tratamento da hemofilia e no manejo de pacientes anticoagulados (PULICARI F, et al., 2023). Alguns autores desafiam protocolos excessivamente conservadores, promovendo a segurança, a eficácia e a acessibilidade, ao mesmo tempo em que destacam a importância crucial do ácido tranexâmico e da não suspensão rotineira dos anticoagulantes orais em muitos cenários clínicos. A pesquisa contínua e a atualização das diretrizes clínicas, conforme sugerido pelos autores, são essenciais para aprimorar ainda mais o manejo desses pacientes complexos (SUNDARESAN D, et al., 2024; ANDRADE NK, et al., 2019; INCHINGOLO F, et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, conclui-se que descrever e destacar a conduta cirúrgica em pacientes portadores de coagulopatias é fundamental para orientar a prática clínica odontológica de forma segura e eficaz. O adequado manejo cirúrgico deve contemplar a identificação minuciosa do histórico médico, a realização de exames laboratoriais específicos, a utilização de terapias de reposição e agentes antifibrinolíticos, bem como a adoção de técnicas minimamente invasivas que reduzam o risco de hemorragias. Além disso, a integração multidisciplinar com hematologistas e demais profissionais da saúde constitui elemento indispensável para garantir maior previsibilidade e controle das possíveis intercorrências. Assim, a conduta cirúrgica nesses pacientes não se limita ao ato operatório, mas envolve um planejamento adequado, a prevenção de complicações e a promoção de uma abordagem humanizada, cujo objetivo final é assegurar a manutenção da saúde bucal e da qualidade de vida desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE NK, et al. Bleeding Risk in Patients Using Oral Anticoagulants Undergoing Surgical Procedures in Dentistry: A Systematic Review and Meta-Analysis. Frontiers in Pharmacology, 2019; v. 10, p. 866.
2. BALLARDIN BS, et al. Atenção à saúde bucal de pacientes com coagulopatias hereditárias: a contribuição discente na reestruturação da assistência. Revista da ABENO, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 1798, 2023.
3. BELLAVER VK, et al. The Importance Of Knowledge Of Von Willebrand's Disease And Hemophilia In Dentistry: A Narrative Review. AJES, 2020.
4. CESCONETTOLA, et al. Dental surgical care in blood dyscrasias patients: an epidemiological study. Revista Gaúcho Odontológica. 2021; 69: e20210058.
5. HARADA K, et al. A case of dental surgery intervention for a hemophilia A patient. International Journal of Oral Health Sciences, 2020; v. 10, n. 1, p. 45-49.
6. INCHINGOLO F, et al. Management of Patients Receiving Anticoagulation Therapy in Dental Practice: A Systematic Review. Healthcare, 2024; v. 12, n. 15, p. 1537.
7. LAINO L, et al. Surgical Risk on Patients with Coagulopathies: Guidelines on Hemophiliac Patients for Oro-Maxillofacial Surgery. International Journal of Environment Research and Public Health, 2020; v. 16, p. 1386.
8. LIRAS A, ROMEU L. Dental management of patients with haemophilia in the era of recombinant treatments: increased efficacy and decreased clinical risk. BMJ Case Reports, 2020; v. 12, e227974.
9. MENCIA JV, et al. Clinical practice guideline of the Spanish society of oral surgery for oral surgery in patients with coagulation disorders. Oral Surgery and Coagulopathies; Med Oral Patol Oral Cir Bucal.

2024; v. 29 (1): e58-66.
10. MIESBACH, Wolfgang. Perioperative management for patients with von Willebrand disease: Defining the optimal approach. European Journal of Haematology published by John Wiley & Sons Ltd, 2020. 105: 365–377.
11. NAGARAKANTI S, et al. Dental management of a patient with incidentally detected hemophilia: Report of a clinical case. J Indian Soc Periodontol 2019; 23: 281-3.
12. OTRRIA L, et al. Exodontic surgery in patients with coagulation disorders: a literature review. Annali Di Stomatologia 2025; 16(2).
13. PESSOA et al. Dental Surgical Management Of Patients With Coagulopathies: An Update On The Literature. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024; v. 6, p. 2959-2969.
14. PULLICARI F, et al. Pathological Background and Clinical Procedures in Oral Surgery Haemostasis Disorders: A Narrative Review. Appl. Sci. 2023, 13, 2076.
15. RÖMER P, et al. Bleeding disorders in implant dentistry: a narrative review and a treatment guide. International Journal of Implant Dentistry, 2022; 8:20.
16. SATYAM A, et al. Complement and coagulation cascades in trauma. Acute Medicine & Surgery 2019; 6: 329–335.
17. SHABESTARI S, et al. Knowledge and performance among dentists regarding coagulation tests in patients with hereditary bleeding disorders and patients on anticoagulant therapy. bloodj 2019; 8 (4): 286-292.
18. SHAMSIEV MK, et al. Dynamics Of Changes In The Functional State Of Hard Tissues In Patients With Hemophilia. International Conference “Science of the 21st century: society and digitalization, 2021.
19. SUNDARESAN D, et al. Dentistry for patients with haemophilia: Trialling a safe and economical change in management. Haemophilia. John Wiley & Sons Ltd, 2024.
20. UKAEGBU Kelechi. Management of Bleeding in Dental Surgery: A Mini Review. SVOA Dentistry 2024, 5:4, 158-163.