

ABORDAGEM ODONTOLÓGICA EM PACIENTE COM EPIDERMOLISE BOLHOSA SOB ANESTESIA GERAL E O USO DA FOTOBIMODULAÇÃO A LASER PÓS-CIRÚRGICA

DENTAL APPROACH IN A PATIENT WITH EPIDERMOLYSIS BULLOSA UNDER GENERAL ANESTHESIA AND THE USE OF LOW-LEVEL LASER THERAPY POST-SURGICAL

Naiara Santana Rodrigues*
Lorena Vieira Santos**
Edval Reginaldo Tenório Júnior***
João Frank Carvalho Dantas de Oliveira****
Viviane Almeida Sarmento****
Patrícia Miranda Leite Ribeiro****

Unitermos:

Epidermólise bolhosa
distrófica, tratamento
odontológico,
Bioestimulação a Laser

RESUMO

Introdução: A epidermólise bolhosa (EB) abrange um grupo de desordens bolhosas hereditárias de incidência rara na população mundial que se caracteriza pela extrema friabilidade do tecido cutâneo e mucoso. Indivíduos com o subtipo distrófico recessivo, possuem manifestações mais graves da patologia decorrentes do processo constante de ulceração e cura, com formação excessiva de cicatrizes, resultando em dor, microstomia, anquiloglossia, despilação lingual, alto índice de cárie e gengivite. Além das limitações anatômicas, fatores comportamentais, sociais e psicológicos, geralmente, inviabilizam o tratamento odontológico ambulatorial. Portanto, a abordagem odontológica do paciente sob anestesia geral torna-se uma alternativa resolutiva. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente infantil com diagnóstico de epidermólise bolhosa distrófica recessiva (EBDR), descrevendo a abordagem odontológica realizada sob anestesia geral no centro cirúrgico e o uso da fotobiomodulação a laser de baixa potência como coadjuvante na terapêutica das úlceras bucais. **Descrição do caso:** Paciente, sexo feminino, com 11 anos, diagnosticada com EBDR. Ao exame clínico, observou-se microstomia, anquiloglossia, gengivite e cáries extensas em diversas unidades dentárias. Foi realizada a adequação do meio bucal sob anestesia geral e no pós-operatório a la-

-
- * Mestranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
 - ** Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
 - *** Cirurgião-Bucomaxilofacial, Preceptor do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.
 - **** Docentes da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

serterapia, de modo a proporcionar analgesia, melhoria na mastigação e na qualidade de vida. **Conclusão:** A abordagem odontológica em centro cirúrgico sob anestesia geral nos indivíduos com EB é uma modalidade eficaz e segura. Além disso, a terapia com fotobiomodulação a laser promoveu analgesia e aceleração da cicatrização das úlceras bucais.

Uniterms:

Epidermolysis
bullosa, dental
care, low-level laser
therapy.

ABSTRACT

Introduction: Epidermolysis bullosa (EB) comprises a group of inherited bullous diseases of rare incidence in the world. EB is characterized by extreme friability of the skin and mucosa. Individuals with recessive dystrophic subtype have the most severe manifestations of the disease presenting constant process of ulceration and healing, excessive scarring, resulting in pain, microstomy, ankyloglossia, lingual depapilation, high index of caries and gingivitis. In addition to anatomical limitations, behavioral, social and psychological, generally, make outpatient dental treatment unfeasible. Therefore, the patient's dental approach under general anesthesia becomes a resolute alternative. **Objective:** Reporting a case of a child diagnosed with recessive dystrophic epidermolysis bullosa (RDEB), describing the dental approach performed under general anesthesia in the operating room and the use of low-power laser photobiomodulation as an adjunct in the treatment of oral ulcers. **Case description:** Patient, female, 11 years old, diagnosed with RDEB. On clinical examination, microstomy, ankyloglossia, gingivitis and extensive caries were observed in several dental units. The adequacy of the oral environment was performed under general anesthesia and in the postoperative period, low-level laser therapy was performed. Providing analgesia, improvement in chewing and quality of life. **Conclusion:** The dental approach in a surgical center under general anesthesia in individuals with EB is an effective and safe modality. In addition, low-level laser therapy promoted analgesia and accelerated healing of oral ulcers.

INTRODUÇÃO

A epidermólise bolhosa (EB) abrange um grupo de patologias genéticas de incidência rara¹ e caracteriza-se pela extrema friabilidade da pele e mucosa que, após pequenos traumas e/ou atritos, formam bolhas, vesículas, erosões e úlceras². De acordo com a Associação de Familiares, Amigos e Portadores de Epidermólise Bolhosa (AFAPEB-BA), na Bahia há em torno de 73 pessoas com EB, sendo 68 delas nos subtipos mais graves. Contudo, estima-se haver grande subnotificação³.

O subtipo mais grave e mutilante deste grupo de genodermatoses é a epidermólise

bolhosa distrófica recessiva (EBDR), no qual ocorre a interrupção parcial ou total da síntese do colágeno tipo VII. Histologicamente, a clivagem é dermoepidérmica e se encontra abaixo da lâmina densa da zona da membrana basal⁴⁻⁶. Clinicamente, as principais manifestações da EBDR são: extensas formações de cicatrizes, cistos tipo *milium* (estruturas redondas brancas ou pretas na superfície da pele com conteúdo de queratina), alopecia cicatricial, estenoses esofágicas graves, anemia, retardo do crescimento e constipação⁴. As mãos e os pés podem apresentar sinéquias e fusão total dos dedos com a presença de contratu-

ras e consequentes deformidades. O prurido é constante, o que aumenta a possibilidade de infecção secundária nas lesões⁵. Além disso, pode ocorrer desenvolvimento de carcinoma espinocelular sobre as cicatrizes nos indivíduos acometidos que têm maior sobrevida⁵.

Indivíduos com EBDR tipicamente possuem extrema fragilidade das mucosas intrabucais e peribucais⁷. Geralmente essa característica torna-se evidente logo após o nascimento, podendo interferir, inclusive, na amamentação. As ulcerações podem acometer todas as áreas da mucosa bucal. O processo contínuo de formação de bolhas, ulceração e reparo com cicatrizes e *milia* culmina em mudanças marcantes na arquitetura da cavidade bucal, dentre elas: perda das papilas linguais, anquiloglossia, ablação das rugas palatinas, redução da profundidade do fundo de vestibulo bucal, microstomia grave e carcinoma espinocelular⁸. Ademais, há predisposição ao aumento no índice de cárie e gengivite, por causa da dificuldade no manejo durante a higiene bucal do paciente, em que a escovação provoca incômodo e desconforto⁷⁻¹⁰. Da mesma forma, o desconforto das lesões afeta a nutrição, a qual é prejudicada, também, pelas alterações estomatológicas e limitação na absorção dos nutrientes no trato gastrointestinal. Com isso, a dieta deverá ser na consistência pastosa, suplementada com vitaminas e rica em proteínas, com o objetivo de controlar a anemia, estimular a cicatrização das feridas, reduzir quadros de desnutrição e crescimento insuficiente¹¹.

O manejo odontológico desses pacientes deve estar centrado nas consultas preventivas frequentes ao cirurgião-dentista com a finalidade de evitar a ocorrência de cárie e doenças periodontais. Nas situações que precisam de intervenções odontológicas, devem ser realizadas tentativas no ambulatório, com o mínimo trauma possível, uso de vaselina para

lubrificação dos lábios, anestesia local e manejo comportamental do paciente^{10,12}. Entretanto, em determinados casos, a associação de fatores como a microstomia, má condição de saúde bucal, necessidade de múltiplas extrações dentárias, limitação da infiltração do anestésico local por causa da friabilidade dos tecidos mucosos, formação de bolhas e ulcerações a mínima manipulação, dor, ansiedade, medo e comportamento. Direcionam a equipe odontológica a utilizar alternativas como a sedação inalatória ou a abordagem sob anestesia geral¹³.

O tratamento em pacientes com EB é desafiador, principalmente nos casos em que são necessários realizar muitos procedimentos odontológicos, tornando traumático para o paciente realiza-los no ambulatório¹³⁻¹⁵. A modalidade de tratamento sob anestesia geral, realizada no centro cirúrgico, possui o acompanhamento da equipe multiprofissional que administram fármacos e anestésicos, controlam a ansiedade e monitoram os sinais vitais do paciente. Além do mais, o hospital tem a estrutura adequada para atender intercorrências e proporciona um ambiente seguro para o cirurgião-dentista realizar todo o tratamento odontológico em uma única sessão¹⁶.

A fotobiomodulação tem sido empregada nos pacientes com EB para o manejo das lesões bucais, por causa dos efeitos analgésicos, modulação das respostas inflamatórias, promoção da cicatrização da ferida e regeneração tecidual^{17,18}. Considerando as manipulações bucais inerentes ao tratamento odontológico, a laserterapia propicia efeitos terapêuticos benéficos nestes indivíduos, que ao mínimo trauma ou espontaneamente são acometidos por lesões dolorosas em pele e mucosas¹⁸.

O objetivo deste trabalho é relatar o caso clínico de uma paciente pediátrica com EBDR que foi submetida à abordagem odontológica no centro cirúrgico sob anestesia geral e o uso

da fotobiomodulação a laser de baixa potência para terapêutica das úlceras bucais.

RELATO DE CASO

Trata-se de um relato de caso aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (n.º do registro: 10472219.3.3001.0049). Paciente, sexo feminino, 11 anos, residente no interior da Bahia, diagnosticada desde o nascimento com EBDR. A menor compareceu acompanhada da genitora no ambulatório de Odontologia do Serviço Hospitalar Universitário, referindo odontalgia recorrente e febre que não cessava com o uso de dipirona.

Ao exame físico, foram observados exulcerações e retalhos de bolhas em membros superiores e inferiores, sinéquias dos dedos das mãos e dos pés, além da presença de granuloma piogênico em couro cabeludo. No histórico médico, a paciente foi submetida a diversas internações no Serviço Universitário devido ao quadro de anemia e infecções recorrentes. Fazia uso de dipirona para analgesia, curativos especiais e hixizine. A menor realizava acompanhamento ambulatorial regular com equipe multiprofissional composta por enfermeiro, médico, psicólogo, nutricionista e dentista. Com relação aos hábitos de higiene bucal, a escovação era realizada uma vez por dia pela genitora, que referiu sangramento durante a prática de higiene bucal. A paciente não fazia uso do fio dental, nem de enxaguatórios bucais. Quanto à dieta, referiu ingerir alimentos de consistência sólida e pastosa com alto potencial cariogênico (carboidratos refinados).

A menor referiu o surgimento constante de bolhas e úlceras intrabucais, principalmente em região de mucosa jugal e língua. De acordo com a escala de dor (0 a 10), a paciente classificou a dor de origem intrabucal como 10. O exame intrabucal foi difícil, pois, a paciente possuía limitação de abertura bucal, além de

comportamento pouco colaborativo durante as consultas odontológicas. Radiografia panorâmica foi solicitada para avaliação de dentes cariados na região posterior que eram de difícil visualização clínica por conta da microstomia. Além do mais, a radiografia panorâmica possibilitou uma visualização generalizada de todas as unidades dentárias, ossos maxilares, estruturas anatômicas como seios maxilares e nervo alveolar inferior, subsidiando um plano terapêutico apropriado. Foram solicitados exames laboratoriais de sangue para elucidação da condição sistêmica, observando a contagem de plaquetas, fibrinogênio, tempo de sangramento, tempo de protrombina e o tempo de tromboplastina parcial ativado para averiguação da coagulação sanguínea, além do hemograma para acompanhamento do quadro de anemia. Estes exames complementares, proporcionaram uma discussão em conjunto com a equipe multiprofissional, sobre a possibilidade de realização da transfusão sanguínea pré-cirúrgica, que não foi necessária para a condução do caso.

Ao exame odontológico, notou-se, nas áreas mucosas, despilação lingual e microstomia observados na Figura 1. Ademais, clinicamente notou-se anquiloglossia, lesões erosivas em mucosa jugal bilateralmente e em dorso de língua. No exame dos dentes, apresentou alto índice de biofilme visível (90%) e diversas unidades dentárias com cárie e manchas brancas ativas, sendo que, nos dentes 36, 46 e 16, as cáries eram profundas. O exame radiográfico panorâmico evidenciou área radiopaca periapical, na região correspondente aos dentes 36 e 46, compatível com osteíte condensante. Os exames laboratoriais evidencia-

ram anemia (hemácias: $4,19 \text{ mm}^3$) e contagem de plaquetas dentro dos valores de referências (plaquetas: $349.000/\text{mm}^3$). Também foram solicitados ecocardiograma e radiografia de tórax que não apresentaram alterações, esses exames fazem parte do protocolo de avaliação dos pacientes que serão submetidos a anestesia geral e devem ser analisados pelo médico anestesista. Na consulta pré-anestésica, a equipe multiprofissional avaliou a condição sistêmica e cardiorrespiratória da menor, que estava apta a realizar um procedimento sob anestesia geral.

Figura 1. Observa-se despapilação lingual e limitação de abertura bucal.



Nas consultas subsequentes, foram realizadas orientações dietéticas e de higiene bucal com a genitora e a menor, orientando quanto a redução da ingestão de alimentos com alto teor de açúcares e incentivando o consumo de frutas e verduras, direcionando para a escolha de uma escova de cabeça pequena e cerdas extramacias, reforçando quanto a utilização do dentifrício fluoretado e uso do fio dental, aumento na frequência de escovação para três vezes ao dia após as principais refeições, ressaltando a importância da genitora acompanhar a escovação da paciente e aperfeiçoá-la após a menor realizá-la, além da implementação dos bochechos com solução antisséptica sem álcool e contendo flúor. Por causa das aderências nos dedos das mãos (sinéquias), é fundamental que os cuidadores

de indivíduos com EB realizem o acompanhamento da higienização bucal. Foram realizadas nas consultas ambulatoriais, escovação dentária supervisionada, aplicação tópica de flúor e de verniz fluoretado nos dentes com manchas brancas de cárie ativa. Também, houve tentativas de atendimento odontológico para adequação de meio bucal no ambulatório. Entretanto, a paciente era pouco colaborativa e a família tinha dificuldade de acesso ao meio de transporte para comparecer às consultas. Em adição a esses fatores, a microstomia dificultava a realização de procedimentos nos dentes posteriores. Com isso, optou-se pela adequação do meio bucal no centro cirúrgico sob anestesia geral.

Devido à condição clínica de extrema friabilidade dos tecidos cutâneos e mucosos, algumas cautelas foram aplicadas antes, durante e após o procedimento cirúrgico sob anestesia geral. A indução anestésica foi realizada através do acesso endovenoso, a equipe multiprofissional optou pela intubação orotraqueal com cânula pediátrica, foram utilizados curativos especiais antiaderentes para a proteção da face, pescoço e olhos. Durante a cirurgia, foi feita a aplicação tópica de vaselina na região labial para proteção e os tecidos foram manipulados cuidadosamente (Figura 2). Foram realizadas as extrações dos dentes 36, 46 e 16, restaurações com cimento de ionômero de vidro nas unidades cariadas e aplicação de verniz de flúor nas manchas brancas ativas. Durante o transcirúrgico, observou-se descamação das mucosas intrabucais, por causa da friabilidade dos tecidos.

Figura 2. Abordagem odontológica em centro cirúrgico em paciente com EBDR.



No pós-operatório foi prescrito: solução de digluconato de clorexidina 0,12%, de 12 em 12 horas, para higienização da cavidade bucal; analgesia sistemática (dipirona 500 mg/ml); lidocaína spray 10 mg/jato antes das refeições; loção cremosa composta por ácidos graxos essenciais para hidratação labial e adequação da dieta para consistência líquida/pastosa na temperatura fria. Por causa da manipulação dos tecidos bucais durante a cirurgia, posteriormente, a paciente apresentou diversas úlceras em lábios, comissuras labiais, mucosas jugais e orofaringe. Na figura 3, nota-se a presença de múltiplas crostas em lábios e região peribucal no primeiro dia após a abordagem.

A menor referiu muita dificuldade para se alimentar com líquidos e realizar a higienização intrabucal, em razão da sintomatologia dolorosa. Foi prescrito bochecho de digluconato de clorexidina 0,12%, durante 14 dias, com a finalidade de desempenhar o controle químico do biofilme, enquanto a escovação dentária estivesse inviável, ademais, a solução de clorexidina atua evitando infecções secundárias nas lesões. A escovação dentária foi sendo incentivada à medida que as lesões bucais e sintomatologia dolorosa foram atenuadas, considerando que o método mecânico é mais eficaz para o controle do biofilme, também, evitou-se os efeitos adversos do uso

prolongado da clorexidina. A lidocaína spray 10 mg/jato foi prescrita para ser aplicada em região de orofaringe antes das refeições com o objetivo de anestesiá-la e possibilitar alívio de sintomatologia dolorosa durante a deglutição de alimentos, visto que a paciente foi intubada com cânula pediátrica, durante o procedimento de anestesia geral, resultando em bolhas e úlceras na orofaringe e consequentemente odinofagia.

Com a finalidade de acelerar o processo de cicatrização tecidual e otimizar a analgesia, foi instituída a terapêutica de fotobiomodulação com laser vermelho (660 nm) de baixa potência, 2 J/cm². Com frequência diária, o laser foi aplicado de forma pontual sobre cada úlcera e erosão visualizadas nas mucosas afetadas, localizadas nas regiões peribucal, labial e intrabucal. Também foi realizado o laser infravermelho (808 nm), 2 J/cm², em região de orofaringe, esta terapêutica foi aplicada de forma pontual na porção ventral do pescoço e diariamente. A fotobiomodulação a laser vermelho e infravermelho foi suspensa quando a paciente referiu ausência de odinofagia e remissão de sintomatologia dolorosa proveniente das úlceras intra-bucais. Após sete sessões de laserterapia diária, a paciente referiu alívio da sintomatologia dolorosa e observou-se melhora do aspecto clínico das lesões através da redução das crostas na região labial e peribucal (figura 4); na região de mucosas intrabucais foi possível notar, clinicamente, a diminuição do tamanho das úlceras e erosões.

Figura 3. Primeiro dia após o procedimento cirúrgico, com múltiplas crostas em lábios e região peribucal.



Figura 4. Após 7 sessões de laserterapia diária, notou-se melhora no aspecto clínico em região labial e peribucal.



DISCUSSÃO

Wright *et al.*⁹ (1994), consideraram a anquiloglossia e a redução da profundidade do fundo de vestibulo bucal como importantes indicadores de comprometimento grave dos tecidos moles da cavidade bucal. Ademais, os autores indicaram que as rugas palatinas e as papilas linguais tendem a se desfigurar com o avanço da idade⁹. No caso clínico retratado, a paciente possuía manifestações estomatológicas associadas à EB, que dificultavam a realização dos procedimentos odontológicos, e ocasionavam sintomatologia dolorosa durante a escovação. Consequentemente, foi necessário que o cirurgião-dentista orientasse a menor e os genitores quanto à realização dos métodos de higienização intrabucal de forma adaptada e adequada; aumentando a frequência de escovação; implementando o

bochecho com solução antisséptica sem álcool e contendo flúor; reforçando quanto a utilização do dentifrício fluoretado e uso do fio dental¹⁰.

As manifestações estomatológicas associadas à EBDR contribuem para o alto índice de cárie nos pacientes portadores. Além do mais, os fatores comportamentais, baixo nível socioeconômico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, dieta de consistência líquida/pastosa com alto teor de carboidratos refinados, limitação no manejo da escova durante a higienização devido às sinéquias nas mãos e sintomatologia dolorosa, correlacionados a baixa frequência de escovação, contribuem desfavoravelmente para a condição de saúde bucal. Na literatura, também foram encontrados estudos com resultados similares, apontando altos índices de cáries e gengivite nesses indivíduos⁷⁻¹¹. No caso clínico retratado, a genitora relatou dificuldade de acesso ao transporte para comparecer às consultas, baixo nível socioeconômico familiar e comportamento não cooperativo da menor, fatores estes que limitaram a abordagem odontológica no ambulatório.

O tratamento odontológico sob anestesia geral ou sob sedação, está indicado nos casos em que existam distúrbios de origem médica, mental ou psicológica, incluindo deficiência intelectual, limitações físicas, alterações comportamentais e doenças crônicas^{19,20}. A sedação em crianças protege a segurança e bem-estar; minimiza o desconforto físico e a dor durante a realização dos procedimentos; controla a ansiedade; reduz o trauma psicológico; maximiza o potencial de amnésia e modifica o comportamento e/ou movimento de modo a permitir a conclusão do tratamento. Conforme Delebarre *et al.*¹³ (2019), Mello *et al.*¹⁴ (2016) e Esfahanizadeh *et al.*¹⁵ (2014), a abordagem odontológica no centro cirúrgico em pacientes com EB possui vantagens, tais como con-

trole do comportamento, facilidade de acesso e visualização da cavidade bucal. Proporcionando a resolução de demandas odontológicas restauradoras, endodônticas, cirúrgicas e periodontais em uma única abordagem¹³⁻¹⁵. Apesar dos benefícios, a anestesia geral na odontopediatria possui alguns riscos que podem ocorrer durante e/ou após a sedação profunda. Na literatura, os eventos adversos mais comuns foram a perda parcial ou completa dos reflexos de proteção das vias aéreas e aspirações de secreções, podendo evoluir para apneia, broncoespasmo, laringoespasmo, hipotensão, parada cardiorrespiratória e óbito^{16,20}. Atentando-se para esses eventos, a segurança da anestesia geral requer avaliação das condições médicas pré-sedação, jejum, consentimento informado dos genitores, monitoramento fisiológico, reversão segura do quadro de sedação, equipamento apropriado para o tamanho e idade do paciente^{16,20,21}. No presente caso, não houve complicações relacionadas com a sedação.

A equipe multiprofissional envolvida na terapêutica do indivíduo com EB deverá adotar diversos cuidados durante o procedimento cirúrgico, devido à extrema fragilidade cutânea/mucosa e ao quadro de microstomia. As principais adaptações descritas na literatura foram: proteger a pele e os instrumentais cirúrgicos com curativos anti-aderentes; proteger as comissuras labiais com vaselina; utilizar sensores cliques para oximetria de pulso; lubrificar todos os tubos; realizar os procedimentos odontológicos de forma atraumática; infiltrar a solução anestésica de forma lenta e profunda nos tecidos, de modo a evitar a formação de bolhas; realizar a indução intravenosa anestésica através do acesso endovenoso, caso não seja possível, optar pela anestesia inalatória^{13-15,22}. Contudo, segundo Delebarre *et al.*¹³ (2019), Mello *et al.*¹⁴ (2016) e Esfahanizadeh *et al.*¹⁵ (2014), a anestesia geral em paciente com EB

pode ocasionar complicações decorrentes do procedimento de intubação, o qual está correlacionado ao alto risco de desenvolvimento de lesões bolhosas e ulceradas nas regiões endonasais, faríngeas e traqueais. Durante a abordagem cirúrgica da paciente do caso clínico, foram tomadas medidas de cautela antes e durante o procedimento, contudo, no transoperatório houve descamação das mucosas intrabucais e, no pós-operatório, a paciente apresentou úlceras dolorosas e odinofagia.

O laser de baixa potência atualmente está sendo amplamente utilizado terapêuticamente na área da odontologia, por causa dos seus efeitos importantes em muitas doenças bucais que têm componentes etiopatológicos relacionados a desregulação imunológica, dor, edema e inflamação^{17,18,23}. A fotobiomodulação resulta em maiores quantidades de células inflamatórias, que aceleram a resposta tecidual e o desenvolvimento do tecido de granulação, contribuindo assim para a remodelação^{24,25}. Carvalho *et al.*²⁶ (2015), avaliaram a influência da fotobiomodulação na cicatrização de úlceras orais e notaram que o tamanho das úlceras reduziu, significativamente, no grupo que recebeu a fotobiomodulação, logo nos primeiros dias após a terapia. Entretanto, no grupo não tratado, não houve nenhuma diminuição adicional no tamanho da lesão nos dias subsequentes ao experimento.

Conforme Merigo *et al.*²⁴ (2019) e Carvalho *et al.*²⁶ (2015), a laserterapia nos primeiros dias após a lesão tecidual influencia na resposta inflamatória. Pois, aumenta o número de neutrófilos polimorfonucleares e mastócitos; desencadeia a vasodilatação e neoangiogênese; promove migração, síntese e deposição de colágeno. Neste caso clínico, após sete sessões de laserterapia de baixa potência, com frequência diária, foi observada melhora do aspecto clínico das lesões intrabucais, peribucais e extrabucais. Também, houve regressão

da sintomatologia dolorosa referida pela paciente. Resultados similares foram encontrados nos estudos de Minicucci *et al.*¹⁸ (2010) e Sindici *et al.*²³ (2017), nos quais a laserterapia de baixa potência associada à terapêutica medicamentosa sistêmica demonstrou ser eficiente para a analgesia e cicatrização nas superfícies mucosas e epiteliais ulceradas nos indivíduos com EB. Minicucci *et al.*¹⁸ (2010), utilizaram a fotobioestimulação para o tratamento de uma criança com diagnóstico de EBDR que apresentava diversas bolhas e úlceras em região de tronco e membros. A fotobioestimulação foi realizada com o laser de diodo 660 nm, 6 mm de distância da pele, 2 J por ponto e com duração de 4 sessões. Após esta terapêutica, notou-se uma redução efetiva da dor, bem como formação de crostas e aceleração da cicatrização das feridas cutâneas.

No caso clínico foi prescrito o bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12%, para o controle químico do biofilme, durante duas semanas. Posteriormente, estimulou-se a escovação dentária, a partir da cicatrização das úlceras e redução da sintomatologia dolorosa. O digluconato de clorexidina é considerado o antisséptico “padrão ouro” por causa da sua ação bacteriostática, bactericida, substantividade e eficiência superior em comparação com outros enxaguatórios bucais²⁷⁻²⁹. Esta substância é indicada para pacientes pediátricos com limitações físicas e mentais que inviabilizem a escovação dentária, periodontopatias, presença de dentes mal posicionados e pós-cirúrgico²⁸⁻³⁰. Todavia, o uso prolongado da solução de clorexidina poderá ocasionar efeitos adversos²⁸, sendo os principais a formação de cálculo supragengival, coloração extrínseca amarronzada nos dentes ou mucosas orais, sabor desagradável associado ao enxaguatório, percepção do paladar alterado, queimaduras no tecido mole, dor, xerostomia e lesões descamativas nas mucosas²⁸⁻³⁰.

Os efeitos adversos são transitórios e com a suspensão do uso do enxaguatório são revertidos²⁷.

Outra medicação prescrita, após a abordagem, foi a lidocaína spray, um anestésico local que atua gerando perda temporária da sensação dolorosa em região superficial de pele e mucosas^{31,32}. A lidocaína é indicada para redução da dor na região da orofaringe após procedimentos cirúrgicos e intubação traqueal, bem como para controle sintomático de mucosite e estomatite aftosa³². Este anestésico, tem a finalidade de promover conforto para o paciente, principalmente, durante a alimentação^{31,32}.

Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional que acompanha o paciente com EB é extremamente importante para promover saúde bucal, prevenir, diagnosticar e tratar as doenças bucais^{11,12}. Conforme Krämer *et al.*¹ (2012), a manutenção da saúde bucal nos indivíduos com EB proporciona a prevenção, o tratamento da dor e da infecção, aprimora a fonética e a estética, elevando conseqüentemente a autoestima e o bem-estar. Ademais, uma dentição saudável favorece a mastigação, contribui para que o paciente melhore o estado nutricional e a qualidade de vida.

CONCLUSÕES

A abordagem odontológica em centro cirúrgico sob anestesia geral em indivíduos com EB é uma modalidade eficaz e segura quando se adota todos os protocolos necessários. O serviço hospitalar possui uma infraestrutura adequada, além da assistência da equipe multiprofissional especializada no atendimento de pacientes com necessidades especiais. Ademais, a terapia com fotobioestimulação a laser promoveu analgesia e aceleração da cicatrização das úlceras em mucosa e pele.

REFERÊNCIAS

1. Krämer SM, Serrano MC, Zillmann G, Gálvez P, Araya I, Yanine N, et al. Oral Health Care for Patients with Epidermolysis Bullosa-Best Clinical Practice Guidelines. International. Journal of paediatric dentistry. 2012;22:1-35.
2. Fine JD. Inherited epidermolysis bullosa. Orphanet J Rare Dis. 2010;5(12):1-17.
3. Sangiovanni R. Ambulatório da UFBA tem centro de referência em doença de pele rara. Edgard Digital - UFBA, 2018. p. 01-5. Disponível em: < <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=9668>>[acesso em agosto de 2020].
4. Fine JD, Eady RA, Bauer EA, Bauer JW, Bruckner-Tuderman L, Heagerty A, et al. The classification of inherited epidermolysis bullosa (EB): report of the third International Consensus Meeting on Diagnosis and Classification of EB. J Am Acad Dermatol. 2008;58(6):931-50.
5. Fine JD, Bruckner-Tuderman L, Eady JAR, Bauer AE, Bauer WJ, Has C, et al. Inherited epidermolysis bullosa (EB): Update recommendations on diagnosis and classification. J am acad dermatol. 2014;70(6):1103-26.
6. Bruckner-Tuderman L. Dystrophic epidermolysis bullosa: pathogenesis and clinical features. Dermatologic Clinics. 2010;28(1):107-14.
7. Wright TJ. Oral Manifestations in the Epidermolysis Bullosa Spectrum. Dermatologic Clinics. 2010;28(1):159-64.
8. Leal CS, Lia EN, Amorim R, Santos VM, Araújo CM, Medeiros AR, et al. Higher Dental Caries Prevalence and Its Association with Dietary Habits and Physical Limitation in Epidermolysis Bullosa Patients: A Case Control Study. J Contemp Dent Pract. 2016;17(3):211-6.
9. Wright TJ, Fine JD, Johnson L. Dental caries risk in hereditary epidermolysis bullosa. Pediatric Dentistry. 1994;16:427-32.
10. Cohn HI, Teng JMC. Advancement in management of epidermolysis bullosa. Curr Opin Pediatr. 2016;28(4):507-16.
11. Zidorio CPA, Leão DOD, Carvalho BMK, Dutra SE. Nutritional outcomes in children with epidermolysis bullosa: long-term follow-up. Nutrición Hospitalaria. 2018;35(2):265-70.
12. Angelo MFC, França DCC, Lago DBR, Volpato LER. Manifestações clínicas da epidermólise bolhosa: revisão de literatura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2012;12(1):135-42.
13. Delebarre H, Chiaverini C, Vandersteen C, Savoldelli C. Orofacial management for epidermolysis bullosa during wisdom tooth removal surgery: A technical note. J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2019;120(5):467-70.
14. Mello BZ, Neto NL, Kobayashi TY, Mello BM, Ambrosio EC, Yaedú RY, et al. General anesthesia for dental care management of a patient with epidermolysis bullosa: 24-month follow-up. Spec Care Dentist. 2016;36(4):237-40.
15. Esfahanizadeh K, Mahdavi A, Ansari G, Fallahinejad Ghajari M, Esfahanizadeh A. Epidermolysis Bullosa, Dental and Anesthetic Management: A Case Report. J Dent Shiraz Univ Med Sci. 2014;15(3):147-52.
16. Coté CJ, Wilson S. Guidelines for Monitoring and Management of Pediatric Patients Before, During, and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures. Odontologia pediátrica. 2019;41(4):26-52.
17. Rahman SU, Mosca RC, Govindool RS, Nunez SC, Andreana S, Mang TS, et al. Learning from clinical phenotypes: Low-dose biophotonics therapies in oral diseases. Oral Diseases. 2018;24(1-2):261-76.
18. Minicucci ME, Barraviera SCRS, Miot H, Almeida-Lopes L. Low-level laser therapy for the treatment of epidermolysis bullosa:

- A case report. *Journal of Cosmetic and Laser Therapy*. 2010;12(4):203-5.
19. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent*. 2015;38(6):185-98.
 20. Dougherty N. The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Spec Care Dentist*. 2009;29(1):17-20.
 21. Kannikeswaran N, Mahajan PV, Sethuraman U, Groebe A, Chen X. Sedation medication received and adverse events related to sedation for brain MRI in children with and without developmental disabilities. *Paediatr Anaesth*. 2009; 19(3): 250-6.
 22. Czulniak GD, Schwab CB. Epidermólise bolhosa distrófica recessiva generalizada: protocolo de atendimento odontológico e relato de caso. *Arquivos em Odontologia*. 2011;47(4): 237-43.
 23. Sindici E, Astesano S, Fazio L, Dragonetti A, Pugliese M, Scully C, et al. Treatment of Oral Lesions in Dystrophic Epidermolysis Bullosa: A Case Series of Cord Blood Platelet Gel and Low-level Laser Therapy. *Acta Derm Venerol*. 2017;97(3):383-4.
 24. Merigo E, Rocca JP, Pinheiro AL, Fornaini C. Photobiomodulation therapy in oral medicine: a guide for the practitioner with focus on new possible protocols. *Photobiomodulation, photomedicine, and laser surgery*. 2019;37(11): 669-80.
 25. Antunes HS, De azevedo AM, Bouzas SLF, Adão EAC, Pinheiro TC, Mayhe R, et al. (2007) Low power laser in the prevention of induced oral mucositis in bone marrow transplantation patients: a randomized trial. *Blood*. 2007;109(5):2250-5.
 26. De Carvalho FB, Andrade AS, Rasquin LC, De Castro IV, Cangussu MCT, Pinheiro ALB, et al. Effect of laser (λ 660 nm) and LED (λ 630 nm) photobiomodulation on formocresol-induced oral ulcers: a clinical and histological study on rodents. *Lasers in medical Science*. 2015;30(1):389-96.
 27. Zanatta FB, Rösing CK. Clorexidina: mecanismo de ação e evidências atuais de sua eficácia no contexto do biofilme supragengival. *Scientific-A*. 2007;1(2):35-43.
 28. Pegoraro J, Silvestri L, Cara G, Stefenon L, Mozzini, CB. Efeitos adversos do gluconato de clorexidina à 0, 12%. *Journal of Oral Investigations*. 2015;3(1):33-7.
 29. James P, Worthington HV, Parnell C, Harding M, Lamont T, Cheung A, et al. (2017). Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017;(3).
 30. Viana GR, Teitelbaum AP, dos Santos FA, Sabbagh-Haddad A, Guaré RO. Chlorhexidine spray as an adjunct in the control of dental biofilm in children with special needs. *Special Care in Dentistry*. 2014;34(6):286-90.
 31. Froes GC, de Assis OF, Gontijo G. Topical Anesthetics. *Surgical & Cosmetic Dermatology*. 2010;2(2):111-16.
 32. Huang W, Vidimos A. Topical anesthetics in dermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;43(2):286-98.

Endereço para correspondência:

Patrícia Miranda Leite Ribeiro
E-mail: patricia.leiteribeiro@gmail.com

