

Atendimento de Urgência em Endodontia

de Eduardo Luiz Barbin e Júlio César Emboava Spanó

Apresentar-se-á, neste documento, aspectos correlacionados ao acolhimento de pacientes vivenciando quadro clínico de urgência de natureza Endodôntica. A conduta do Cirurgião-Dentista nesses casos pautar-se-á no que segue:

- => diagnóstico;
- => determinação das prioridades;
- => tratamento clínico de urgência.

Portanto, espera-se que o conteúdo apresentado neste documento contribua para a capacitação dos discentes e egressos dos Cursos de Odontologia em diagnosticar e tratar as urgências em Endodontia.

Aconselha-se, aos discentes e egressos dos Cursos de Odontologia, o desenvolvimento constante do conhecimento tanto necessário para o diagnóstico e tratamento das Urgências de origem Endodôntica. O entendimento, em perspectiva, deve ser adquirido e fixado e uma forma eficaz de se alcançar tal capacitação é a leitura criteriosa complementar do conteúdo pormenorizado constante das obras citadas neste documento.

1 Introdução

Na área da saúde, poder-se-ia caracterizar os tratamentos da seguinte maneira:

- => Tratamentos Eletivos;
- => Tratamentos de Urgência;
- => Tratamentos de Emergência.

O Tratamento Eletivo é aquele previamente planejado na qual a consulta é, também, antecipadamente, agendada.

O Tratamento de Urgência é caracterizado por ser inesperado e imprevisível. O paciente que busca ou necessita de um tratamento de urgência apresenta-se incapacitado para as atividades do cotidiano e/ou vivenciando sintomatologia desagradável ou debilitante como é o caso da dor.

Cita-se como ocorrências que se caracterizam por inibir ou dificultar as atividades do cotidiano de uma pessoa, as seguintes:

- => fraturas ou deslocamentos de coroas protéticas fixas em dentes anteriores;
- => fraturas de Próteses Totais e Parciais Removíveis.

Os quadros dolorosos, por sua vez, levam, com mais frequência, os pacientes ao atendimento de Urgência.

O atendimento dos pacientes que vivenciam quadros dolorosos, com comprometimento da apresentação pessoal, da fonação ou da alimentação, mas que não correm o risco de evolução imediata para o óbito é denominado de Atendimento de Urgência o qual deve ser priorizado.

Quanto ao atendimento das Urgências Odontológicas, deve-se observar o que segue:

Código de Ética Odontológica (Resolução CFO-42/2003),

Capítulo V - Do Relacionamento, Seção I - Com o Paciente, Art. 7º - Constitui infração ética:

VII - deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência, quando não haja outro Cirurgião-Dentista em condições de fazê-lo;

VIII - iniciar tratamento de menores sem a autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência;

XII - iniciar qualquer procedimento ou tratamento odontológico sem o consentimento prévio do paciente ou do seu responsável legal, exceto em casos de urgência ou emergência.

Observa-se que o Cirurgião-Dentista, quando do atendimento de urgência, não incorre em infração ética ao iniciar o tratamento ou procedimento clínico sem autorização ou consentimento prévio do paciente ou, nos casos dos menores de idade, dos responsáveis ou representantes legais.

O Cirurgião-Dentista que deixar de atender paciente que procure cuidados profissionais em caso de urgência não incorrerá em infração ética somente quando houver outro Cirurgião-Dentista em condições comprovadas de realizá-lo, desde que realize o acolhimento e o encaminhamento, previamente notificado (referência), de forma clara, inequívoca e eficaz com relação ao endereço e as condições de deslocamento do paciente de um serviço para o outro. Enfatiza-se a importância da comprovação prévia da operacionalidade do serviço institucional ou do colega referenciado.

O Tratamento de Emergência também caracteriza-se por ser inesperado e imprevisível, porém é executado em pacientes afetados por condições com alta probabilidade de evolução para o óbito caso a intervenção profissional não ocorra imediatamente. Citam-se, como exemplo de condições que necessitam do Tratamento de Emergência, as obstruções totais das vias aéreas, as paradas cardíacas e as hemorragias graves.

Poder-se-ia refletir que os Abscessos Dentoalveolares Agudos Inciais, em Evolução e Evoluídos são ocorrências que necessitam do Atendimento de Urgência, mas podem evoluir rapidamente para uma condição que necessite do Atendimento de Emergência pela possibilidade claramente descrita na Literatura (Leonardo, 2008; Deus, 1992) de evolução para condições mórbidas sérias e risco de óbito. O Cirurgião-Dentista deve, por esse motivo, dedicar toda sua atenção aos pacientes vivenciando esses estados como, também, propugnar pela interprofissionalidade e Interdisciplinaridade com Médicos, Cirurgiões-Dentistas especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial e demais profissionais da área da saúde, instituições e serviços de saúde.

Cabe ressaltar que qualquer que seja o tipo de terapêutica a ser realizada, o tratamento é sempre diagnóstico dependente. A indicação de um tratamento baseado em um diagnóstico equivocado provavelmente não incorrerá em resolutividade.

1.1 Relação entre Atendimento de Urgência, Fluxo e Resolutividade

Após firmado o diagnóstico da morbidade que levou o paciente ao atendimento de urgência e planejamento da conduta a ser tomada, o tratamento basear-se-á na determinação ou definição do que é prioritário ser executado para devolver a apresentação pessoal, a fonação e/ou capacidade mastigatória do paciente e, nos casos de dor, saná-la.

O Atendimento de Urgência, dependerá de uma ou várias consultas eletivas subsequentes para que se complemente a terapêutica e se consiga resolutividade para o paciente.

Portanto, os serviços de Pronto Atendimento das Urgências Odontológicas necessitam de um sistema de fluxo no qual, findo o atendimento de urgência, a referência para o atendimento eletivo seja possível de ser realizada, muitas vezes, em um prazo de 3 a 5 dias (de 2 a 5 dias) a contar da data do atendimento de urgência.

1.2 Conduta Clínica nas Urgência Endodônticas

Na maioria das urgências endodônticas, a dor está presente e é causada por complicações da cárie dental, tais como:

- => comprometimento pulpar (Pulpopatias);
- => comprometimento do periodonto apical (Periapicopatias).

As alterações patológicas pulpares agudas frequentemente presente nas urgências são os seguintes:

- => Pulpite Aguda Reversível (Processos Inflamatórios Agudos Incipientes);
- => Pulpite Aguda Irreversível (Processos Inflamatórios Agudos Avançados).

O comprometimento do periodonto apical manifesta-se pelo que segue:

- => Periodontite (Pericementite) Apical Aguda de origem Física (Traumática), Química e Bacteriana (Infecciosa);
- => Abscesso Dentoalveolar (Apical) Agudo em fase Inicial, Em Evolução e Evoluído;
- => Abscesso Fênix e Abscesso Iatrogênico em fase Inicial, Em Evolução e Evoluído;
- => Condições Inflamatórias Agudas Pós-Operatórias (Flare-ups).

Os quadros de Pulpites Agudas Reversíveis podem ser abordados com condutas conservadoras ou radicais.

Acredita-se que, por razões sociológicas, principalmente no atendimento de pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios que não contemplam, na totalidade, a demanda de tratamentos endodônticos dos seus municípios, que a opção pelo tratamento conservador das pulpopatias proveja resolutividade para uma parcela significativa da clientela atendida e, por esse motivo, a terapia conservadora, nesses casos, é uma opção viável.

Cabe salientar que o tratamento conservador das pulpopatias, quando possível, oferece resolutividade com baixo custo e, por esse aspecto, alinha-se com as estratégias do SUS de intervir no paciente, quando a prevenção não foi possível, ainda nos estágios iniciais da doença com tratamentos de baixa complexidade, ou seja, neste caso, tentando-se evitar a evolução para as necroses pulpares e periapicopatias cujos tratamentos são bem mais complexos.

Nos dentes com quadro de pulpite aguda reversível e exposição pulpar que apresentam condições macroscópicas da polpa condizentes com viabilidade pulpar, estão justificadas as condutas conservadoras cujas opções são as seguintes:

=> Proteção Pulpar Indireta;

=> Proteção Pulpar Direta;

=> Pulpotomia.

A proteção pulpar Indireta deve ser realizada com materiais biocompatíveis seguindo o disposto na literatura dos Materiais Dentários (Anusavice, 1998). Cabe ressaltar que o Tratamento Expectante é uma possibilidade de tratamento nos casos de Pulpite Reversível originárias de cáries profundas onde opta-se pela manutenção de dentina desmineralizada pela cárie sobre a polpa com a intenção de evitar-se a exposição pulpar.

A Proteção Pulpar Direta (Capeamento) é indicada por Leonardo (2008) nos casos de exposições pulpares acidentais assépticas e traumatismos com ATÉ 24 horas de exposição.

A Pulpotomia é indicada por Leonardo (2008) nos casos em que a polpa exposta apresenta aspecto macroscópico de vitalidade pulpar, principalmente nos casos de rizogênese incompleta. Os aspectos macroscópicos da polpa exposta que autorizam o tratamento conservador são os seguintes:

=> polpa com estrutura (corpo);

=> polpa com consistência;

=> resistente ao corte (remoção);

=> sangramento ou hemorragia suave, não abundante;

=> sangue de coloração vermelho brilhante, vermelho vivo, vermelho rutilante.

As características da polpa comprometida são as seguintes:

- => sem estrutura (corpo);
- => com consistência pastosa ou liquefeita;
- => desintegração durante sua remoção;
- => ausência de hemorragia;
- => se houver sangramento, o sangue deve ter uma coloração escura ou muito clara.

O autor citado relata que as Pulpotomias atingem índices de sucesso superiores a 96% tanto para dentes decíduos quanto para dentes permanentes quando decorrente de diagnóstico acertado e executadas com rigor de técnica. As indicações objetivas das Pulpotomias estão listadas a seguir:

- => exposição pulpar por cárie;
- => pulpites irreversíveis com rizogênese incompleta;
- => exposição pulpar, POR MAIS DE 24 horas, decorrente de trauma;
- => destruição coronária cuja restauração não exige pino intra-radicular.

Leonardo (2008) enumera duas técnicas para Pulpotomia, são elas:

- => Pulpotomia Imediata (sessão única);
- => Pulpotomia mediata (duas sessões).

Segundo Leonardo (2008) a Pulpotomia deve ser realizada com isolamento absoluto combinada com soluções biocompatíveis (solução fisiológica, solução de Ringer ou água de cal), mas admite-se isolamento relativo criterioso associado a hipoclorido de sódio a 0,5% (Líquido de Dakin) por razões de logística do atendimento como as que ocorrem no SUS.

Como já relatado neste documento, os pacientes que necessitam do tratamento de urgência em Endodontia geralmente buscam o serviço odontológico vivenciando quadro clínico de dor que, com frequência, não é aliviada com analgésicos e antiinflamatórios.

O Cirurgião-Dentista dispõe e deve explorar, ao máximo, as estratégias de diagnóstico das pulpopatias e periapicopatias, tais como:

- => anamnese (interrogatório do paciente que visa determinar a história clínica do caso).
- a intensidade e a continuidade da dor podem levar o paciente à relatos incorretos;
- => exame clínico (inspeção, percussão, palpação, sondagem e exploração);
- => testes de sensibilidade pulpar;
- => testes que evidenciam inflamação no periodonto apical;
- => sondagem periodontal (diagnóstico diferencial);
- => exames complementares - exame radiográfico.

1.2.1 Exame de Emergência

DEUS (1992) enumera três procedimentos de exame que podem ser empregados na prática:

- => Exame Completo;
- => Tipo panorâmico de Exame;
- => Tipo limitado de exame.

O tipo limitado de exame pode ser realizado no atendimento de urgência e auxilia no diagnóstico e na determinação do plano de tratamento. Deus (1992) sugere o preenchimento do formulário de Exame Limitado no atendimento de Urgência concomitante à determinação do diagnóstico e elaboração do plano de tratamento de Urgência. A seguir, exibe-se o formulário de exame de urgência sugerido pelo autor citado:

EXAME DE URGÊNCIA (DEUS, 1992)

Nome: _____ Ficha nº _____
Endereço: _____ Telefone _____
Idade: _____, Sexo: _____, Est. Civil: _____, Data de Exame _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Queixa principal: _____

Dor: provocada (), espontânea (), intermitente (), intensa (), moderada (),
precipitada pelo frio (), calor (), mastigação (),

Tumefação: localização _____, duração _____, consistência _____

História da doença atual: _____

História Pregressa (história médica):

=> você goza de boa saúde? _____

=> você está atualmente fazendo qualquer tratamento médico? _____

=> você tem ou teve qualquer das seguintes enfermidades ou problemas? Febre reumática (), doença do coração (), hipertensão arterial (), alergia (), asma (), artrite (), epilepsia (), diabetes (), desmaios frequentes (), sinusite (), hepatite () outras infecções ().

=> você já sofreu tratamento pelos raios X, na face ou nos maxilares?

=> você está fazendo uso de algum medicamento?

=> você já sofreu algum traumatismo na face ou nos maxilares?

=> você já teve alguma reação desfavorável ao tratamento dentário?

=> (mulher) você está grávida atualmente?

=> você tem qualquer enfermidade não-relacionada aqui?

EXAME CLÍNICO (OBJETIVO)

Aparência geral _____

Área Afetada: inspeção (+) (-) _____, percussão (+) (-) _____

palpação (+) (-) _____, mobilidade classe 1 (), 2 (), 3 (): _____

Outros achados: _____

RECURSOS SUPLEMENTARES DE EXAME

Radiografia: _____; outros solicitados: _____

RESUMO

Dente número (): calor (), frio (), sensibilidade pulpar (), percussão (), palpação (), mobilidade (),
bolsa V (), M (), D (), L (), fratura (), cárie (), fistula ();

Dente número (): calor (), frio (), sensibilidade pulpar (), percussão (), palpação (), mobilidade (),
bolsa V (), M (), D (), L (), fratura (), cárie (), fistula ();

Dente número (): calor (), frio (), sensibilidade pulpar (), percussão (), palpação (), mobilidade (),
bolsa V (), M (), D (), L (), fratura (), cárie (), fistula ();

Dente número (): calor (), frio (), sensibilidade pulpar (), percussão (), palpação (), mobilidade (),
bolsa V (), M (), D (), L (), fratura (), cárie (), fistula ().

CONCLUSÕES

Diagnóstico: _____

Tratamento de Urgência Proposto: _____

Tratamento Executado: _____

Deus (1992) relaciona o instrumental endodôntico mínimo necessário para o atendimento de urgência o qual conta com o que segue:

- => pinça para algodão;
- => espelho de boca com cabo;
- => explorador duplo;
- => fio dental;
- => sonda periodontal milimetrada;
- => pedaços de gaze (quadriculados) estéreis;
- => aerossóis para teste de sensibilidade pulpar;
- => bastões de guta-percha;
- => afastador de lábio de madeira;
- => equipamento e material para anestesia;
- => transiluminador de fibra ótica.

1.2.1.1 Diagnóstico Diferencial

Na busca pelo diagnóstico de urgência, o Cirurgião-Dentista necessita considerar as alterações inflamatórias agudas de origem endodôntica, como, também, outras lesões agudas da cavidade bucal, são elas:

- => Abscesso Periodontal;
- => Infecção Pericoronária;
- => Sialolitíase (formação de pedras nas glândulas salivares);
- => Queimaduras (físicas e químicas);
- => Doenças Viróticas;
- => Gengivites Agudas;
- => Trigeminalgias;
- => Alterações traumáticas agudas dos dentes;
- => outras.

1.2.2 Da Determinação do Plano de Tratamento das Urgências de Origem Endodôntica

O tratamento de Urgência das morbidades de origem endodôntica deve ser executado com a implementação de, basicamente, duas ações:

- => Locais;
- => Sistêmicas.

As ações locais serão desenvolvidas mais adiante neste documento sempre fundamentadas na literatura acrescidas de sugestões técnicas. Algumas condutas sistêmicas estão exibidas logo a seguir.

1.2.2.1 Alternativas para o Tratamento Sistêmico (Leonardo, 2008)

As sugestões para prescrição de Analgésico/Antiinflamatório de Leonardo (2008) são as seguintes:

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

O acetaminofeno ou paracetamol, derivado do paraminofeno (paraminofenol), é o analgésico mais utilizado em todo o mundo (ANDALAF NETO, 1999; CRUZ FILHO & PECORA, 2004).

Segundo Deus (1992), as prescrições de Analgésicos/Antiinflamatórios devem ser:

- => adaptadas às necessidades do indivíduo;
- => com observação específica das condições gerais do paciente;
- => observações farmacológicas de interação de drogas e substâncias;
- => previsão dos efeitos colaterais;
- => acordo com as normas e legislação pertinentes.

As sugestões para prescrição de Antibióticos de Leonardo (2008) são as seguintes:

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

As sugestões para prescrição de Vitamínico de Leonardo (2008) é a seguinte:

Vitamínico
Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

Protocolos para prevenção da endocardite bacteriana ou infecciosa da “American Heart Association” repercutido por Leonardo (2008) sem recomendação de dose de reforço pós-procedimento está disposto a seguir.

Regime Padrão
Amoxicilina Adultos: 2,0 gramas; crianças: 50 mg/kg, via oral, 1 hora antes do procedimento.
Pacientes Alérgicos à Penicilina
Clindamicina Adultos: 600 miligramas; crianças: 20 mg/kg, via oral, 1 hora antes do procedimento, ou Cefalexina ou Cefadroxil* Adultos: 2 gramas; crianças: 50 mg/kg, via oral, 1 hora antes do procedimento, ou Azitromicina ou Claritromicina Adultos: 500 miligramas; crianças 15 mg/kg, via oral, 1 hora antes do procedimento.

* As Cefalosporinas são contraindicadas para pacientes com histórico de reações alérgicas (urticária, angioedema, anafilaxia) imediatas às penicilinas.

1.2.3 Aspectos Gerais da Profilaxia Antibiótica da Endocardite Bacteriana

Leonardo (2008), repercutindo a “American Heart Association”, recomenda o uso profilático de antibiótico nos seguintes casos:

- => válvulas cardíacas artificiais;
- => histórico de endocardite infecciosa;
- => má-formações cardíacas congênitas;
- => defeitos valvares reumáticos;
- => outros defeitos valvares adquiridos;
- => cardiomiopatia hipertrófica;
- => prolapso da valva mitral com regurgitação valvar.

Segundo relatos da “American Heart Association” (Adnan et al., 1997), alguns procedimentos clínicos Odontológicos devem ser executados com cobertura antibiótica preventiva em pacientes com risco de Endocardite Bacteriana. Tais procedimentos podem ser classificados da seguinte maneira:

- => Procedimentos com alta incidência de bacteremia;
- => Procedimentos com baixa incidência de bacteremia.

Dentre os procedimentos odontológicos de alta incidência de bacteremia, destaca-se:

- => instrumentação endodôntica do canal radicular além do forame apical;
- => cirurgia parendodôntica.

No caso do atendimento de urgência das morbidades de origem endodôntica, a instrumentação endodôntica do canal radicular além do forame apical é sugerida no tratamento das periapicopatias agudas e torna-se um fator decisivo para a profilaxia antibiótica da endocardite bacteriana em pacientes com ocorrências que a indiquem.

Leonardo (2008) não recomenda o uso profilático de antibiótico nos seguintes casos:

- => defeitos septais atriais isolados;
- => defeitos septais atriais corrigidos cirurgicamente;
- => defeitos septais ventriculares ou persistência de duto arterioso além de 6 meses
- => cirurgia prévia de revascularização do miocárdio;
- => prolapso da valva mitral sem regurgitação;
- => sopros cardíacos fisiológicos ou funcionais;
- => doença de Kawasaki sem regurgitação valvar;
- => febre reumática sem disfunção valvar;
- => portadores de marca-passo.

2 Atendimento de Urgência do Comprometimento Pulpar (Pulpopatias)

2.1 Do Diagnóstico das Pulpopatias

O quadro de Pulpopatia frequentemente visto no Serviço de Pronto Atendimento das Urgências Odontológicas consiste do que segue:

- => sinais e sintomas refratários ao uso de analgésicos;
- => dor debilitante que impossibilita as atividades normais do cotidiano do paciente.

O paciente vivenciando uma pulpopatia frequentemente apresenta:

- => dor espontânea;
- => dor intensa ou aguda;
- => dor contínua ou incessante;
- => dor localizada ou difusa;

=> o teste de percussão pode originar resposta positiva indicando Pulpopatia associada à inflamação periapical.

O conjunto dos sintomas descritos acima sinalizam para Pulpite Irreversível. O diagnóstico diferencial entre Pulpopatia e Periapicopatia é realizado determinando-se a vitalidade pulpar por meio dos testes de sensibilidade pulpar térmicos e elétricos e/ou teste de cavidade. A constatação de vitalidade pulpar sinaliza para a Pulpopatia.

A determinação e o planejamento de um tratamento Endodôntico é diagnóstico dependente. No caso do tratamento Endodôntico de urgência, o planejamento geralmente é influenciada pelos seguintes aspectos:

=> Circunstância do atendimento do paciente;

=> Disponibilidade de tempo do profissional ou do serviço de saúde;

=> Critério ou Convicção do Cirurgião-Dentista.

2.2 Do Tratamento de Urgência das Pulpopatias Agudas

Após localizado o dente afetado e determinado definitivamente o diagnóstico com base na análise reflexiva do conjunto de evidências obtidas passiva e ativamente pelo profissional, planeja-se e executa-se o tratamento de urgência. Segundo Leonardo (2008), o tratamento de urgência padrão da Pulpite Aguda Irreversível é Pulpotomia Mediata, no entanto, algumas alternativas serão apresentadas logo a seguir.

2.2.1 Tratamento de Urgência das Pulpopatias – Pulpotomia Mediata

O tratamento de urgência das pulpopatias de caráter conservador (Pulpotomia Mediata – Leonardo & Leal, 1998; Leonardo, 2008) está descrita a seguir:

=> Bochecho pré-operatório com 10 ml de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, por 1 minuto;

=> Anestesia

- se intrapulpar, sem vasoconstritor, somente na porção coronária, sem pressão excessiva no êmbolo da seringa;

=> Instalação do isolamento absoluto ou relativo

- a técnica de escolha deve ser a do isolamento absoluto

- o emprego do isolamento relativo criterioso deve ser justificado por questões significativas de logística, como as encontradas com frequência nos serviços do SUS (Leonardo, 2008);

=> Se isolamento absoluto, desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;

- => Remoção total da dentina cariada;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências;
- => Remoção total da polpa coronária com instrumentos afiados (curetas);
- se com isolamento absoluto ----
- => irrigação e aspiração com água de cal, soro fisiológico ou solução de Ringer até redução do sangramento;
- se com isolamento relativo ----
- => irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 0,5 (Líquido de Dakin) até redução do sangramento;
- => inundação da cavidade coronária com Otosporin, manutenção por 5 a 10 minutos e aspiração
- mecha de algodão saturada com Otosporin pode ser empregada como alternativa à inundação;
- => posicionamento de uma nova mecha de algodão estéril saturada com Otosporin na câmara pulpar;
- => selamento provisório com cimento à base de oxido de zinco e eugenol corretamente espatulado (ponto de rolete – massa de vidraceiro – Anusavice, 1998) ou cimento de ionômero de vidro (CIV);
- => Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto ou Relativo;
- => Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

- => Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 a 3 dias após o atendimento de urgência
- complementação da terapêutica endodôntica conservadora (Pulpotomia Imediata) ou exodontia.

2.2.2 Pulpotomia Imediata

O tratamento de urgência das pulpopatias de caráter conservador (Pulpotomia Imediata – Leonardo & Leal, 1998; Leonardo, 2008) está descrita a seguir:

- => Bochecho pré-operatório com 10 ml de solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, por 1 minuto;
- => Anestesia
- se intrapulpar, sem vasoconstritor, somente na porção coronária, sem pressão excessiva no êmbolo da seringa;

- => Instalação do isolamento absoluto ou relativo
- a técnica de escolha deve ser a do isolamento absoluto
- o emprego do isolamento relativo criterioso deve ser justificado por questões significativas de logística, como as encontradas com frequência nos serviços do SUS (Leonardo, 2008);
- => Se isolamento absoluto, Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório
- clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;
- => Remoção total da dentina cariada;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências;
- => Remoção total da polpa coronária com instrumentos afiados (curetas);
- se com isolamento absoluto ----
- => irrigação e aspiração com água de cal, soro fisiológico ou solução de Ringer até redução do sangramento;
- se com isolamento relativo ----
- => irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 0,5 (Líquido de Dakin) até redução do sangramento;
- => inundação da cavidade coronária com Otosporin, manutenção por 5 a 10 minutos e aspiração;
- => acomodação sobre a polpa remanescente na embocadura do canal radicular de uma camada de pasta de hidróxido de cálcio PA veiculada em água ou solução fisiológica estéril de cerca de 1 mm espessura;
- => remoção do excesso de umidade com papel absorvente estéril;
- => recobrimento do hidróxido de cálcio PA com camada delgada de cimento de hidróxido de cálcio;
- Se restauração provisório ----
- => selamento provisório de Cimento de Ionômero de Vidro (CIV);
- => na consulta eletiva, rebaixamento do CIV e restauração definitiva;
- Se restauração definitiva (INDICADA) ----
- => base de CIV;
- => restauração definitiva;
- => Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;
- => Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas

Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas
--------------------------	-------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 a 3 dias após o atendimento de urgência - preservação do paciente e, se for o caso, agendamento da restauração definitiva.

2.2.2.1 Considerações Sociológicas e Técnicas

Deve-se informar ao paciente que o tratamento conservador pode evoluir tanto para a viabilização da vitalidade pulpar como para um processo de pulpíte irreversível com possibilidade de quadro clínico com dor severa.

A irrigação da câmara pulpar após a remoção da polpa coronária pode ser realizada com solução aquosa saturada de hidróxido de cálcio PA (Água de Cal). O toailete da câmara pulpar com a água de cal contribui para a hemostasia, exerce leve ação antimicrobiana e contribui com a reparação tecidual devido à biocompatibilidade.

Nas situações nas quais não é possível inundar a câmara pulpar com Otosporin por um período de alguns minutos devido à destruição da coroa dental, pode-se aplicar esse fármaco por meio de mecha de algodão estéril saturada pelo medicamento.

Nos casos de indisponibilidade do Cirurgião-Dentista pela logística do atendimento, a Pulpotomia Imediata descrita anteriormente poderia ser utilizada com a alteração de alguns procedimentos, tais como:

=> recobrimento do hidróxido de cálcio PA com base/selamento com cimento de óxido de zinco e eugenol (ZOE) na consistência de ponto de rolete ou massa de vidraceiro (Anusavice, 1998; Leonardo & Leal, 1998;);

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 3 a 5 dias após o atendimento de urgência - rebaixamento do ZOE, restauração definitiva (se resina composta, isolamento do ZOE com CIV) e preservação do paciente;

Nos serviços do SUS, a restauração definitiva na mesma sessão na qual foi realizada a Pulpotomia Imediata pode ser encarada como uma das formas de se prover resolutividade para o paciente; no caso de insucesso, a restauração definitiva normalmente não interfere no tratamento endodôntico radical.

2.2.3 Tratamento de Urgência das Pulpopatias – Remoção Total da Polpa Radicular (Leonardo & Leal, 1998; Deus, 1992)

O tratamento endodôntico radical não deve ser desassociado dos casos cujas condições macroscópicas da polpa são incompatíveis com a viabilidade pulpar.

O protocolo do Tratamento de Urgência das Pulpopatias com remoção total da polpa do canal radicular dentinário (até o limite cimento, dentina e canal – Limite CDC) é determinante do tratamento endodôntico radical e está disposto a seguir:

=> Anestesia;

=> Instalação do isolamento absoluto;

=> Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;

=> Remoção total da dentina cariada;

=> Abertura coronária completa com remoção das interferências;

=> Remoção da polpa coronária com instrumentos afiados (p.ex.: curetas ou brocas);

=> irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 1,0% até redução do sangramento

- com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) com CT – 2 a 3 mm;

=> Exploração do canal com instrumentos #10 e #15 no Comprimento de Trabalho (CT) provisório

- CT provisório - comprimento médio ou de 2/3 de raiz ou ainda Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,

=> Odontometria (CT com limite de 1 a 2mm aquém do ápice radicular);

=> Remoção da polpa radicular no CT

- descolamento da polpa com instrumento #08 ou #10 e remoção com extirpa nervo, ou

- remoção por fragmentação por limagem no CT com instrumentos #10 e #15;

=> irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 1,0% ;

=> aspiração;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente;

=> introdução de medicação intracanal contendo hidróxido de cálcio (Pasta Calen - Seringa ML);

=> acomodação de uma mecha de algodão sobre a embocadura do canal radicular;

=> selamento provisório com cimento à base de oxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 3 a 5 dias após o atendimento de urgência
- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia.

2.2.1.2 Considerações Sociológicas e Técnicas

Todos os preceitos técnicos e biológicos da terapêutica endodôntica de rotina devem ser observados no tratamento endodôntico de urgência, como, por exemplo, a irrigação com cânulas 30G (diâmetro de 30/100mm) que atinjam o CT diminuído de 2 a 3 milímetros, aspiração e inundação após atuação de um instrumentos dentro do canal e previamente à utilização do seguinte.

É importante remover, com frequência e dinamismo, o acúmulo de sangue na coroa dental para evitar alterações do cor do dente.

A anestesia intrapulpar é uma alternativa a ser empregada nas situações nas quais a técnica anestésica de escolha não se apresenta eficiente para eliminar a dor do paciente durante o procedimento. Nas Pulpotomias Mediatas e Imediatas, a anestesia intrapulpar deve ser aplicada apenas na polpa coronária.

Utilização de materiais estéreis como, p. ex., mechas de algodão e gaze.

O material selador provisório pode ser à base de óxido de zinco e eugenol em consistência de massa de vidraceiro ou ponto de rolete (Anusavice, 1998) como, por exemplo: ZOE, IRM, Cimpat, Coltosol, Cavit, Pulpo San. Em casos de grande destruição coronária, o cimento de ionômero de vidro é uma opção devido à capacidade de união química à estrutura dental apesar do custo mais elevado e da dificuldade de sua remoção na consulta eletiva subsequente.

O tratamento conservador das pulpopatias ganha especial significância nos seguintes casos:

=> condições macroscópicas da polpa compatíveis com viabilidade pulpar;

=> pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios que não são capazes de atenderem, na totalidade, à demanda de tratamentos endodônticos dos seus municípios;

=> rizogênese incompleta.

2.2.3 Tratamento de Urgência Endodôntica das Pulpopatias – Pulpotomia Provisória associada à anódino (Deus, 1992)

Anódino (a.nó.di.no) adj (an+ódino) 1 Farm Que é capaz de acalmar ou fazer cessar as dores: Remédio anódino.

A aplicação de anódinos ainda é utilizada no tratamento das urgências endodônticas causadas pelas pulpopatias. Essa conduta confere rapidez à consulta de urgência, mas determina o tratamento endodôntico radical nas consultas subsequentes. A sequência clínica citada está descrita a seguir:

- => Anestesia;
- => Instalação do isolamento absoluto;
- => Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório
 - clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;
- => Remoção de toda dentina cariada;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências;
- => Remoção total da polpa coronária com instrumentos afiados (curetas ou brocas);
- => Toalete e irrigação com hipoclorito de sódio;
 - irrigação com seringa ou aplicação com mechas de algodão estéril saturadas com a solução;
- => secagem/hemostasia por compressão com mechas de algodão estéril;
- => acomodação de uma nova mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de um anódino (eugenol, formocresol ou tricresol-formalina);
- => selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;
- => Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;
- => Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

- => Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 3 a 5 dias após o atendimento de urgência
 - complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia.

2.2.4 Tratamento de Urgência Endodôntica das Pulpopatias - Simples Exposição Pulpar associado à anódino (Deus, 1992)

Esta opção de tratamento de urgência para casos de pulpapatia pode ser empregada quando o Cirurgião-Dentista está em dúvida e/ou pretende encaminhar o paciente para o Especialista em Endodontia.

=> Anestesia;

=> Instalação do isolamento absoluto;

=> Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;

=> Remoção de toda dentina cariada;

=> SIMPLES EXPOSIÇÃO DA POLPA DENTAL AFETADA que permita pequeno sangramento;

=> Toaleta e irrigação com hipoclorito de sódio;

- irrigação com seringa ou aplicação com mechas de algodão estéril saturadas com a solução;

=> secagem/hemostasia por compressão com mechas de algodão estéril;

=> acomodação de uma nova mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de um anódino (eugenol, formocresol ou tricresol-formalina);

=> selamento provisório com cimento à base de oxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxiconona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxiconona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 3 a 5 dias após o atendimento de urgência

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia.

O emprego Formocresol e Tricresol-Formalina deve ser criterioso quanto aos seguintes aspectos:

=> quantidade;

=> período de aplicação.

A quantidade de Formocresol ou de Tricresol-Formalina aplicada na mecha de algodão estéril deve ser diminuta e isso se garante pela pressão digital da mecha de algodão já contendo Formocresol ou Tricresol-Formalina em meio à gaze estéril.

O Cirurgião-Dentista deve organizar a consulta eletiva subsequente ao tratamento de urgência de forma a circunscrever o período de aplicação ou permanência dos curativos com Formocresol ou Tricresol-Formalina a 48 horas. Caso contrário, deve-se lançar mão de outra alternativa para o tratamento da urgência da pulpopatia.

2.2.5 Tratamento de Urgência do Agudecimento das Pulpopatias Crônicas

2.2.5.1 Pulpite Crônica Ulcerada

A Pulpite Crônica Ulcerada caracteriza-se pela exposição pulpar não-recente, de longa duração, com barreira de tecido ulcerado isolando a polpa vital da área exposta.

Geralmente a Pulpite Crônica Ulcerada apresenta-se com condições macroscópicas pulpare vitais e esses achados autorizam a Pulpotomia Mediata ou Imediata, a qual é ainda mais importante nos casos de rizogênese incompleta.

Nos casos cuja evolução clínica é desfavorável, a Biopulpectomia deve ser indicada e realizada em consultas eletivas.

Caso haja aspecto macroscópico da polpa de inviabilidade, o tratamento de urgência de pulpotomia mediata (Leonardo, 2008) ou provisória (Deus, 1992) complementada no atendimento eletivo pela Biopulpectomia como já descrito nos casos das Pulpites Agudas seria o mais indicado.

2.2.5.2 Pulpite Crônica Hiperplásica

A Pulpite Crônica Hiperplásica caracteriza-se pela proliferação de tecido granulomatoso na câmara pulpar e/ou cavidade cariada ou fraturada chegando à articular com o dente antagonista (Pólipo Pulpar).

Geralmente a Pulpite Crônica Hiperplásica apresenta-se com condições macroscópicas pulpare vitais e esses achados autorizam a Pulpotomia Mediata ou Imediata (importante nos casos de rizogênese incompleta).

No entanto, a desaderência entre o pólipo pulpar e a parede dentinária pode permitir a infecção da superfície do canal radicular nos terços mais cervicais e, neste caso, o tratamento de urgência de pulpotomia mediata (Leonardo, 2008) ou provisória (Deus, 1992) complementada no atendimento eletivo pela Biopulpectomia como já descrito nos casos das Pulpites Agudas seria o mais indicado.

2.2.5.3 Reabsorção Interna

A Reabsorção Interna geralmente é detectada em exames de rotina e deve ser tratada em consulta eletiva. A terapêutica indicada é a Biopulpectomia.

2.2.6 Prevenção de Iatrogenias

Segundo Leonardo & Leal (1998), algumas ocorrências anatômicas justificam a realização da remoção de tecido cariado e acesso à câmara pulpar (trepanação) utilizando-se isolamento relativo do campo operatório, são eles:

=> câmaras pulpares atrésicas;

=> inclinações dentais axiais (longo eixo) no sentido mésio-distal;

=> grandes destruições coronárias.

A utilização do isolamento absoluto certamente beneficia o controle da infecção durante o tratamento endodôntico eletivo e de urgência. No entanto, a produção de iatrogenias tais como perfurações laterais e de furca comprometem de maneira crítica o prognóstico.

É justamente a ponderação racional do profissional entre benefícios e riscos, considerando a perícia, a prudência e a atenção aos aspectos correlacionados e ao direito de incolumidade do paciente que garantirá a determinação da conduta mais adequada, caso a caso, com relação à utilização, ou não, do isolamento do campo operatório no procedimento de remoção de tecido cariado e acesso à câmara pulpar (trepanação) podendo optar realizar essa fase sem isolamento se entender que esta é uma maneira importante e conveniente para redução do risco de iatrogenias.

2.2.7 Da Primeira Consulta Eletiva

Na primeira consulta eletiva, após o atendimento de urgência, deve-se explicar e relatar ao paciente, novamente, em linguagem clara e acessível, os seguintes aspectos:

=> a natureza do comprometimento pulpar,

=> as evoluções possíveis da pulpopatía caso não se complemente a terapia de urgência;

=> proposição de alternativas de tratamento oferecendo todos os elementos necessários para que o paciente possa optar de maneira livre e esclarecida pelo tratamento mais compatível com sua condição sócio-econômica.

3 Comprometimento do Periodonto Apical (Periapicopatias)

Após o desconforto causado pelos sinais e sintomas da pulpíte reversível que culmina, caso não haja intervenção do Cirurgião-Dentista, na crise dolorosa da pulpíte irreversível, o quadro

clínico de inflamação e congestão pulpar evolui para a necrose e/ou gangrena pulpar que é, do ponto de vista dos sinais e sintomas clínicos, silenciosa. Trata-se de um processo gradual que ocorre no sentido da coroa para o ápice radicular que pode ser rápida ou levar um período de tempo significativo.

Portanto, as pulpites agudas bem como as crônicas e os estados degenerativos da polpa podem evoluir, caso não haja a intervenção do Cirurgião-Dentista, lenta ou rapidamente, para a necrose pulpar. Em alguns casos, a necrose e/ou gangrena pulpar ocorrem sem quadro clínico relevante, passando despercebido pelo paciente e sendo descoberta em exame de rotina (radiográfico e de sensibilidade pulpar) ou pelo escurecimento da coroa dental. Cabe salientar que a polpa necrosada não responde aos testes de sensibilidade pulpar ao frio, calor e elétricos.

Novas manifestações clínicas ocorrem somente quando os produtos tóxicos microbianos difundem-se para o periodonto apical seguidos pelos próprios microrganismos comprometendo esse compartimento.

O entendimento das Periapicopatias fica facilitado pela cristalização dos conceitos básicos de anatomia, histologia, patologia e microbiologia como, p. ex., o PROCESSO Alveolar é a região da mandíbula e maxila onde se localizam os dentes; OSSO Alveolar é a cortical óssea que reveste o alvéolo dental sendo o termo Lâmina Dura utilizado para designar a imagem radiográfica do Osso Alveolar; Lâmina Cortical é a cortical óssea que reveste a parte externa do processo alveolar; e entre o Osso Alveolar e Lâmina Cortical ocorre o Osso Esponjoso.

Os casos de Urgência Endodôntica correlacionados com o comprometimento do periodonto apical estão listados a seguir:

- => Periodontite (Pericementite) Apical Aguda;
- => Abscesso Dento Alveolar Agudo (fases Inicial, em Evolução e Evoluído);
- => Abscesso Fênix (fases Inicial, em Evolução e Evoluído);
- => Abscesso Iatrogênico (fases Inicial, em Evolução e Evoluído);
- => “Flare-ups”.

Segundo Deus (1992), o tratamento das alterações inflamatórias agudas periapicais de origem endodôntica conta com as seguintes intervenções básicas:

- => drenagem (via canal, via pericementária, pela trepação periapical, pela incisão cirúrgica);
- => prescrição de analgésico;
- => prescrição de antibiótico;
- => medidas suplementares com, p. ex., prescrição de vitamínico.

Além das intervenções básicas, DEUS (2002) enumera algumas medidas complementares, tais como:

- => alívio oclusal por desgaste;
- => repouso articular;
- => imobilização temporária;
- => medicação analgésica.

3.1 Periodontite Apical Aguda (Pericementite Apical Aguda)

A Periodontite Apical Aguda (PAA), também chamada de Pericementite Apical Aguda, é uma inflamação do compartimento periodontal apical consequente de injúrias físicas, químicas e/ou bacterianas. Tais injúrias podem ser decorrentes de traumas (injúria física) ou chegar ao periodonto apical via canal radicular através do forame apical (químicas e bacterianas).

3.1.1 Diagnóstico Geral da Periodontite Apical Aguda

O quadro clínico geral da Periodontite Apical Aguda consiste de:

- => dor espontânea, de pequena intensidade, localizada, ininterrupta e, por vezes, pulsátil
- quadro inicial de dor pequena, localizada e exacerbada ao toque vertical (Leonardo, 2008);
- dor contínua (DEUS, 2002)
- => teste de palpação podem exibir resposta positiva (exacerbação da dor);
- => exame da aparência da mucosa em nível apical pode ser inconclusivo;
- => ligeira extrusão do dente devido ao edema no compartimento periodontal
- relato do paciente de dente crescido na boca,
- correlacionado à dor durante a mastigação ou dor agravada pela oclusão dental (exacerbação da dor);
- => mobilidade dental (mínima – Leonardo, 2008 ou com mobilidade (DEUS, 2002);
- => testes de sensibilidade pulpar determinam evidência de polpa vital (traumática) ou necrosada (química ou bacteriana);
- => sensibilidade ao toque (teste do toque positivo, mastigação impedida e fonação dificultada - exacerbação da dor);
- => teste de percussão positivo – paciente relata dor (determina evidência para localização do dente gerador do dor - exacerbação da dor);
- => ausência de edema intrabucal ou extraoral;
- => exame radiográfico geralmente sem evidências de rarefação apical

- o ligeiro aumento do espaço periodontal nem sempre é evidente radiograficamente.

O diagnóstico diferencial entre a Periodontite Apical Aguda e o Abscesso Dentoalveolar Agudo em Fase Inicial se faz necessário. Quadro clínico mais evidente, mais significativo ou mais intenso sinaliza para Abscesso Dentoalveolar Agudo em Fase Inicial.

3.1.1.1 Periodontite Apical Aguda Decorrente de Trauma (PAA-T)

A Periodontite Apical Aguda Decorrente de Trauma está, geralmente, associada à Polpa Vital, mas pode incorrer em comprometimento pulpar caso não haja a intervenção do Cirurgião-Dentista. As situações nas quais os traumas são frequentes são as seguintes:

- => movimentações ortodônticas inadequadas;
- => separações bruscas;
- => restaurações sem ajuste oclusal com contato irregular ou prematuro;
- => traumas esportivos e/ou acidentais.

O tratamento consiste da remoção da causa ou eliminação do agente agressor, como segue:

- => se movimentações ortodônticas inadequadas, interrupção do procedimento;
- => se separações bruscas, interrupção do procedimento;
- => se restaurações sem ajuste oclusal com contato irregular ou prematuro, ajuste oclusão;
- => se traumas esportivos e/ou acidentais, protocolo específico e intervenções complementares (alívio oclusal por desgaste; repouso articular; imobilização temporária e/ou medicação analgésica).

3.1.1.2 Periodontite Apical Aguda Decorrente de Injúrias Vindas do Canal Radicular

A Periodontite Apical Aguda Decorrente de Injúrias Vindas do Canal Radicular podem ocorrer como consequência das seguintes ocorrências:

- => sobreinstrumentação - comprimento de trabalho irregular (injúria física iatrogênica);
- => perfurações apicais (injúria física iatrogênica);
- => posicionamento, além forame, de cones de papel absorvente (injúria física iatrogênica);
- => extrusão, além forame, de fragmentos de instrumentos fraturados (injúria física iatrogênica);
- => sobreobturação com posicionamento, além forame, de cones de guta-percha (injúria física iatrogênica);
- => extravasamento de cimento endodôntico além forame associado à compressão do compartimento periodontal em casos sem lesão apical (injúria química e física iatrogênica);

- => ação de soluções irrigantes enérgicas no periodonto apical (injúria química iatrogênica);
- => ação de curativos de demora medicamentosos (injúria química iatrogênica)
- => necrose/gangrena pulpar (injúria bacteriana);
- => extrusão de material séptico além forame apical (injúria bacteriana iatrogênica).

3.1.1.2.1 Tratamento de Urgência da PAA-F por Injúrias Físicas Via Canal

O tratamento de urgência da Periodontite Apical Aguda decorrente de trauma via canal radicular através do forame apical no transcórre das biopulpectomias, ou seja, quadro inicial de polpa viva, está descrita a seguir:

Leonardo & Leal, 1998; Leonardo, 2008 - Injúrias Físicas

- => Anestesia;
- => Instalação do isolamento absoluto;
- => Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório
 - clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;
- => Remoção do material selador provisório;
- => irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 0,5 (Líquido de Dakin), cânula 30 G (30/100 mm), limitada por cursor a CT – 2 a 3 mm;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);
- => aplicação de medicação intracanal
 - inundação do canal radicular com Otosporin;
- => posicionamento de uma mecha de algodão estéril levemente saturada com Otosporin na câmara pulpar;
- => selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;
- => Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;
- => Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

- => Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 a 3 dias após o atendimento de urgência
 - manutenção do curativo com Otosporin por 48 a 72 horas,

- complementação da terapêutica endodôntica conservadora e preservação do paciente.

3.1.1.2.2 Tratamento de Urgência da PAA - Injúrias Canaliculares Químicas - Medicação Intracanal

O tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda causada por injúrias decorrentes de agentes químicos ou medicamentosos enérgicos utilizados como medicação intracanal está descrito a seguir:

(Leonardo & Leal, 1998; Leonardo, 2008) – Injúrias Químicas ou Medicamentosas

=> Anestesia;

=> Instalação do isolamento absoluto;

=> Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;

=> Remoção do material selador provisório;

=> Remoção do curativo irritante;

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada por cursor a CT – 2 a 3 mm;

=> aspiração;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente;

=> aplicação de medicação intracanal (Calen);

=> posicionamento de uma mecha de algodão estéril na embocadura do canal radicular;

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> Prescrição de Analgésico

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 3 a 5 dias a contar da data do atendimento de urgência após o desaparecimento dos sintomas

- complementação da terapêutica endodôntica radical.

Deus, (1992) – Injúrias Químicas ou Medicamentosas

- => Profilaxia antibiótica em pacientes com risco de endocardite bacteriana;
- => Anestesia;
- => Instalação do isolamento absoluto;
- => Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório
 - clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;
- => Remoção do material selador provisório;
- => irrigação e aspiração com água estéril, cânula 30 G (30/100 mm), limitada por cursor a CT – 3 mm;
- => Desbridamento ou patência;
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CT + 0,5 mm)
 - após irrigação abundante e saneamento do canal radicular,
 - permite a drenagem controle do quadro doloroso;
- => irrigação abundante;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);
- => manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;
- => irrigação abundante;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);
- => posicionamento de uma mecha de algodão estéril na câmara pulpar SEM medicação;
- => selamento provisório com cimento à base de oxido de zinco e eugenol;
- => remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;
- => verificar oclusão;
- => Prescrição de Analgésico;

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

- => Orientação do pós-operatório – repouso oclusal;
- => Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 1 a 2 dias após o atendimento de urgência
 - complementação da terapêutica endodôntica radical.

3.1.2.3 Tratamento de Urgência da PAA - Injúria Química - Extrusão de Cimento Endodôntico

Normalmente, a Periodontite Apical Aguda decorrente da extrusão de cimento endodôntico tem seu quadro clínico mais significativo nos dias subsequentes à consulta na qual se realizou a obturação endodôntica. A prescrição de analgésicos e antiinflamatórios auxiliam o paciente na superação dessa fase. Geralmente, a sensibilidade dolorosa decresce significativamente com o passar do tempo. O cimento endodôntico extruído geralmente é totalmente reabsorvido a longo prazo.

O Tratamento de Urgência pode ser visto a seguir:

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 3 a 5 dias após o atendimento de urgência
- preservação do paciente.

3.1.2.4 Tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda - Injúrias Canaliculares Bacterianas

Leonardo & Leal, 1998; Leonardo, 2008 – Pericementite Bacteriana

=> Profilaxia Antibiótica em pacientes com risco de endocardite bacteriana;

=> Anestesia;

=> Instalação do isolamento absoluto;

=> Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;

=> Remoção total da dentina cariada;

=> Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases);

=> Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico em instrumentos da série especial concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 1,0%

- CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,

=> Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);

=> Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada com curso ao CT – 2 a 3 mm;

=> Desbridamento/patência foraminal

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitado com cursor ao CT – 2 a 3 mm;

=> aspiração;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Formocresol ou Tricresol-formalina;

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 dias após o atendimento de urgência

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia.

Deus (1992) – Pericementite Bacteriana

=> Profilaxia Antibiótica em pacientes com risco de endocardite bacteriana;

=> Anestesia à distância (bloqueio ou nos dentes vizinhos);

=> Ajuste oclusão para infra-oclusão (sem contatos prematuros, sem contato de excursão lateral)

=> Remoção total da dentina cariada;

=> Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases);

=> Instalação do isolamento absoluto;

=> Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0% (Leonardo, 2008) ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1 (Leonardo & Leal, 1998);

=> Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico em instrumentos da série especial (cateterismo) concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25%

- alternativa: Neutralização segundo Técnica de Instrumentação de Óregon;

- CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,

=> Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);

=> Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada com cursor com CT – 2 a 3 mm;

=> Desbridamento/patência foraminal

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);

=> Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CT + 0,5 mm)

- executada após irrigação abundante e saneamento do canal radicular,

- permite a drenagem controle do quadro doloroso;

- seguida de irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);

=> aspiração;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente;

=> manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;

=> irrigação abundante;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Paramonoclorofenol Canforado (PMCC);

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 1 a 2 dias após o atendimento de urgência

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia,

- atendimento eletivo deve ser realizado dentro do período com cobertura antibiótica, ou seja, no máximo, até o sétimo dia da terapêutica antibiótica sistêmica.

3.1.2.5 Considerações Terapêuticas

Deve-se evitar, sempre que possível, deixar o dente aberto ao compartimento bucal, desta forma, evita-se a contaminação do canal radicular com a microbiota bucal e reduz-se o risco de reagudecimento.

A consulta eletiva subsequente deve ser realizada 2 dias após o atendimento de urgência, exceto naqueles casos nos quais o paciente, embora em quadro de melhora, ainda não se encontra em fase crônica.

3.2 Abscesso Dento Alveolar Agudo

Abscesso: cavidade neoformada encapsulada, com centro necrótico e purulento, parede interna com predomínio neutrofílico já em processo regressivo (essa parede é chamada de membrana piogênica uma vez que gera o pus) e camada externa com neovascularização e fenômenos exsudativos. Dessa última camada, partem as respostas cicatrizantes ou de fibrose, dependendo da evolução do processo. Essas respostas estão diretamente ligadas à eliminação do agente etiológico (que é, geralmente, de origem infecciosa por bactérias piogênicas) e à saída da coleção de pus existente no local. Em relação ao último fator, podem-se realizar procedimentos de drenagem desse pus quando esta não está presente sob a forma de fístulas ou ulcerações no local.

<http://www.fo.usp.br/lido/patoartegeral/patoarteinfl9.htm#abscesso>

Os agentes infecciosos (toxinas e microrganismos) presentes na necrose/gangrena pulpar, ao chegarem no compartimento periodontal, através do forame apical, geram repercussões que dependem de fatores locais e sistêmicos para determinarem sua evolução, tais como:

- => virulência da infecção;
- => diâmetro foraminal;
- => resistência orgânica do paciente.

Os fatores citados podem ser minuciosamente analisados da seguinte maneira:

- => tamanho ou diâmetro do forame apical (fator local);
- => virulência da infecção endodôntica (fator local);
- número de bactérias presente no canal radicular (fator local);
- patogenicidade das bactérias presente no canal radicular (fator local)
- => aporte de oxigênio e nutrientes (fator local);
- => resistência orgânica ou condições do sistema imunológico do paciente (fator sistêmico)
- estresse,

- má alimentação,
- exposição solar,
- uso de imunodepressor.

A debilitação do sistema imunológico do paciente também pode ser associada a determinadas ocorrências que estão pormenorizadas a seguir:

- => gripe,
- => resfriado,
- => estafa física,
- => desnutrição, fome oculta ou deficiência marginal de origem sócio-econômica,
- => desnutrição fome oculta ou deficiência marginal por regime de emagrecimento,
- => etilistas,
- => estressados,
- => exposição solar exagerada,
- => patologias crônicas (diabetes),
- => patologias imunossupressoras (AIDS),
- => terapêuticas imunossupressoras (transplantados).

Torna-se necessário investigar tais condições debilitadores do sistema imunológico e tratá-las multiprofissionalmente com o objetivo de reduzir o risco de evoluções para estados mórbidos importantes e elevar o potencial de reparação dos tecidos afetados que depende da ação conjunta da terapêutica endodôntica e condições orgânicas do hospedeiro.

O modelo dos compartimentos auxilia no entendimento da evolução do comprometimento pulpar e do periodonto apical, são eles:

- => compartimento interno coronário (câmara pulpar);
- => compartimento interno radicular (canal radicular)
- => compartimento periodontal (circundado pelo cimento radicular e cortical óssea alveolar intacta);
- => compartimento intra-ósseo (osso esponjoso);
- => compartimento subperiostial;
- => compartimento dos tecidos moles profundos;
- => compartimento sub-mucoso ou sub-cutâneo.

Forames apicais fechados (de diâmetro inferior a 30/100 mm), agentes etiológicos de baixa virulência e sistema imunológico do hospedeiro eficaz relacionam-se com a evolução da

necrose/gangrena pulpar e/ou periodontite apical aguda para quadros de periapicopatias crônicas, tais como:

- => Abscesso Dento Alveolar Crônico;
- => Granuloma Periapical;
- => Cisto Periapical.

Forames apicais abertos (de diâmetro igual ou superior a 30/100 µm), agentes etiológicos virulentos e sistema imunológico do hospedeiro debilitado relacionam-se com a evolução da necrose/gangrena pulpar e/ou Periodontite Apical Aguda para o seguinte QUADRO HISTOPATOLÓGICO SUPURATIVO:

- acúmulo de exsudato purulento no periodonto apical,
- presença de toxinas bacterianas no periodonto apical,
- concentração e difusão dos mediadores químicos da inflamação,
- invasão deste compartimento pela microbiota bacteriana,
- ingurgitamento dos vasos sanguíneos,
- exsudação progressiva,
- predominância maciça de leucócitos polimorfonucleares neutrófilos,
- coleção purulenta.

QUADRO HISTOPATOLÓGICO SUPURATIVO descrito acima caracteriza clinicamente o ABSCESSO DENTOALVEOLAR AGUDO com expressão significativa dos sinais cardeais da inflamação.

Considerando o modelo dos compartimentos, classifica-se, segundo a distribuição do exsudato purulento, os Abscessos Dento Alveolares Agudos, em:

- => Abscesso Dento Alveolar Agudo Inicial;
- => Abscesso Dento Alveolar Agudo em Evolução;
- => Abscesso Dento Alveolar Agudo Evoluído.

Essa evolução pode ser exibida de forma mais pormenorizada da seguinte maneira:

- => Fase apical ou do compartimento periodontal apical (INICIAL);
- => Fase óssea ou intra-óssea (INICIAL);
- => Fase subperiostial (INICIAL);
- => Fase flegmatosa (EM EVOLUÇÃO);
- => Fase submucosa ou subcutânea (EVOLUÍDO);
- => Fase de fistulização (DE RESOLUÇÃO).

Cabe lembrar que, segundo Deus (2002), a conduta terapêutica para o Abscesso Dentoalveolar Agudo bem como para o Abscesso Fênix consiste, basicamente, do que segue:

- => Drenagem (via canal, pericementum, trepanação apical, incisão cirúrgica, exodontia oportuna);
- => Prescrição de Analgésico;
- => Prescrição de Antibiótico;
- => Outras medidas suplementares.

Segundo Deus (1992), o Abscesso Dentoalveolar (Apical) Agudo bem como os Abscessos Fênix e Iatrogênicos podem evoluir para sérias complicações se não tratados adequadamente. O Cirurgião-Dentista deve dedicar extrema atenção ao paciente vivenciando tais ocorrências para evitar ou tratar adequadamente os possíveis problemas e complicações.

A ocorrência de problemas e complicações está relacionada tanto com o aspecto local quanto com as condições orgânicas do paciente. Em sendo assim, a abordagem multiprofissional envolvendo Médicos, Cirurgiões-Dentistas Especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial e demais profissionais da área da saúde é prudente, atenciosa e de bom alvitre.

3.2.1 Abscesso Dento Alveolar Agudo Inicial ou em Fase Inicial

O Abscesso Dento Alveolar Agudo Inicial ou em Fase Inicial caracteriza-se pela presença de exsudado purulento no compartimento periodontal.

3.2.1.1 Quadro Clínico

O quadro clínico do Abscesso Dento Alveolar Agudo em Fase Inicial é composto por:

- => dor espontânea, intensa, localizada e pulsátil
- ininterrupta (Leonardo, 2008);
- => teste de palpação em nível apical – região extremamente sensível – paciente relata exacerbação da dor;
- => congestionamento da mucosa em nível apical;
- => acentuada extrusão dentária
- a reverberação da fala exacerba a dor;
- => acentuada mobilidade dentária;

- => testes de sensibilidade pulpar (térmicos, elétricos e de cavidade) apresenta resultado negativo sinalizando para necrose pulpar;
- => sensibilidade ao toque;
- => teste de percussão vertical positivo– paciente relata exacerbação da dor (determina evidência para localização do dente gerador do dor);
- => ausência de edema intrabucal ou extraoral;
- => exame radiográfico geralmente sem evidências de rarefação apical.

3.2.1.2 Tratamento de Urgência

O tratamento de urgência do Abscesso Dento Alveolar Agudo Inicial ou em Fase Inicial que inclui abordagem local e sistêmica consisti do que segue:

Leonardo & Leal (1998), Leonardo (2008)

- => Profilaxia antibiótica em pacientes com risco de Endocardite Bacteriana;
- => Anestesia de bloqueio troncular (inferiores) quando possível ou à distância, nos dentes vizinhos (superiores);
- => Remoção total da dentina cariada;
- => Isolamento Absoluto (se possível, indicado) ou Relativo Criterioso
 - se isolamento relativo, amarrar instrumentos endodônticos com fio dental;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases)
 - dando-se preferência ao alta rotação com refrigeração (redução das vibrações – controle do quadro doloroso),
 - firmar o dente com o dedo indicador ou polegar, sem pressão apical (redução da mobilidade e das vibrações – controle do quadro doloroso);
- => Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico com instrumentos da série especial concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 1,0%
 - CT Provisório de comprimento médio do dente ou de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,
- => Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT - 2 a 3 mm;
- => Desbridamento/patência foraminal até instrumentos de 15 ou 20/100 mm de diâmetro nominal
 - recomenda-se ligeiro transpasse do forame apical neste caso (2 mm);

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2 a 3 mm;

=> no caso de drenagem exsudato purulento via canal (frequente nesse caso), executar aspiração com cânula adaptada cuidadosamente ao interior do canal radicular (auxílio da drenagem);

=> aspiração;

=> irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2mm;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Formocresol ou Tricresol-formalina

- remover excesso do medicamento comprimindo a mecha de algodão em gaze estéril;

=> selamento provisório com cimento à base de oxido de zinco e eugenol;

=> esclarecimento da possibilidade de evolução para quadro de reagudecimento;

=> instrução de bochechos com solução resolvente (anti-séptica) aquecida;

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e latrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Prescrição de Vitaminico

Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

- Elevar a resistência orgânica do paciente;

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 dias após o atendimento de urgência exceto quando não ocorre a redução do quadro clínico da fase aguda que pode levar até 4 dias

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia;

=> Manter contato próximo com o paciente;

=> Propugnar pela Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

---- Do Reagudecimento ----

- => remoção do material selador provisório;
- => manutenção do dente aberto à cavidade pulpar;

Deus (2002) – Tratamento do Abscesso Dentoalveolar Agudo em Fase Inicial

- => Profilaxia antibiótica em pacientes com risco de Endocardite Bacteriana;
- => Anestesia à distância (bloqueio ou nos dentes vizinhos);
- => Ajuste oclusão para infra-oclusão (sem contatos prematuros, sem contato de excursão lateral)
- => Remoção total da dentina cariada;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases);
- => Instalação do isolamento absoluto;
- => Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório
 - clorexidina a 2,0% ou álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;
- => Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico em instrumentos da série especial (cateterismo) concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25%
 - alternativa: Neutralização segundo Técnica de Instrumentação de Óregon;
 - CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,
- => Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);
- => Desbridamento/patência foraminal
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada com cursor a CT – 2 a 3 mm;
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CT + 0,5 mm)
 - executada após irrigação abundante e saneamento do canal radicular,
 - permite a drenagem controle do quadro doloroso;
 - seguida de irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada com cursor a CT – 2 a 3 mm;
- => aspiração;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);
- => manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;
- => irrigação abundante;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Paramonoclorofenol Canforado (PMCC);

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Prescrição de Vitamínico

Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

=> orientação do pós-operatório

- aplicação de calor úmido na boca (região afetada) com água aquecida (40 a 50 graus centígrados),
- boa alimentação líquida e pastosa,
- repouso,

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 1 a 2 dias após o atendimento de urgência

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia,
- atendimento eletivo deve ser realizado dentro do período com cobertura antibiótica, ou seja, no máximo, até o sétimo dia da terapêutica antibiótica sistêmica.

3.2.2 Abscesso Dento Alveolar Agudo em Evolução

O Abscesso Dento Alveolar Agudo em Evolução caracteriza-se pela presença de exsudado purulento intra-ósseo, subperiosteal ou no compartimento dos tecidos moles profundos. O exsudado purulento no compartimento dos tecidos moles profundos gera o quadro Flegmatoso (Flegmão).

Flegmão ou celulite: nesse tipo de inflamação purulenta não há formação da membrana piogênica, ou seja, a coleção de pus não se encontra concentrada em uma cavidade, mas sim, difusa sobre o tecido; além disso, há predominância dos fenômenos vasculares, com evidente eritema (hiperemia) e edema. O exsudato purulento é mais fluido, infiltrando-se no conjuntivo frouxo adjacente ao local inflamado.

O flegmão é também chamado de celulite, nome dado para designar a inflamação do tecido subcutâneo.

<http://www.fo.usp.br/lido/patoartegeral/patoarteinfl9.htm#flegm%C3%A3o>

3.2.2.1 Quadro Clínico (com sinal patognomônico – edema consistente)

O quadro clínico do Abscesso Dento Alveolar Agudo em Evolução é composto por:

- => dor espontânea, moderada, difusa
- dor menos intensa que na fase INICIAL (Leonardo, 2008),
- dor pulsátil, ininterrupta (Leonardo, 2008);
- => teste de palpação em nível apical – paciente relata exacerbação dor;
- => congestionamento da mucosa em nível apical;
- => extrusão dentária
- dor exacerbada à mastigação;
- => mobilidade dentária menos acentuada que na fase INICIAL;
- => testes de sensibilidade pulpar (térmicos, elétricos e de cavidade) apresenta resultado negativo sinalizando necrose pulpar;
- => dor exacerbada ao toque vertical;
- => teste de percussão vertical e lateral positivos – paciente relata exacerbação da dor (determina evidência para localização do dente gerador do dor);
- => COM edema consistente SEM flutuação – sinal patognomônico (Flegmão)
- o exsudato purulento pode gerar edema intrabucal ou extraoral ou, ainda, desaguar nas fossas nasais ou seios maxilares;
- => exame radiográfico geralmente sem evidências de rarefação apical;
- => halitose;
- => possibilidade de sinais e sintomas de ordem geral;
- cefaléia;
- febre;
- prostração,
- astenia;
- => trismo – eventualmente pode ocorrer;
- => paciente debilitado
- privação de sono,
- dificuldades na alimentação,

- absorção de produtos tóxicos da inflamação.

3.2.1.2 Tratamento de Urgência

O tratamento de urgência do Abscesso Dento Alveolar Agudo EM EVOLUÇÃO que inclui abordagem local e sistêmica, é o mesmo executado para a fase INICIAL e consiste do que segue:

Leonardo & Leal, 1998; Leonardo, 2008

=> Profilaxia antibiótica em pacientes com risco de Endocardite Bacteriana;

=> Anestesia de bloqueio troncular (dentes inferiores) quando possível ou à distância (nos dentes vizinhos - dentes superiores);

=> Remoção total da dentina cariada;

=> Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases)

- dando-se preferência ao alta rotação com refrigeração (redução das vibrações – controle do quadro doloroso),

- firmar o dente com o dedo indicador ou polegar, sem pressão apical (redução da mobilidade e das vibrações – controle do quadro doloroso);

=> Isolamento Absoluto (se possível) ou Relativo Criterioso

- se isolamento relativo, amarrar instrumentos endodônticos com fio dental;

=> Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico com instrumentos da série especial concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0%

- CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,

=> Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);

=> Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2 a 3 mm;

=> Desbridamento/patência foraminal até instrumentos de 15 ou 20/100 mm de diâmetro nominal

- recomenda-se ligeiro transpasse do forame apical neste caso (2 mm);

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2 a 3 mm;

=> com ou sem a drenagem de exsudato purulento via canal (pouco frequente nesse caso), executar aspiração com cânula adaptada cuidadosamente ao interior do canal radicular;

=> irrigação abundante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limita a CT – 2 a 3 mm;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Formocresol ou Tricresol-formalina;

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> **CONTRA-INDICA A DRENAGEM CIRÚRGICA ALÉM DE SER INEFICAZ NESSE CASO**

- a exceção deve ser definida e a drenagem executada por Cirurgião Bucomaxilofacial;

=> esclarecimento da possibilidade de evolução para quadro de reagudecimento;

=> instrução de bochechos com solução resolvente e/ou anti-séptica aquecida;

=> recomendações para o pós-operatório - repouso, sem exposição solar, ausente do uso de álcool;

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Prescrição de Vitamínico

Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

- Elevar a resistência orgânica do paciente;

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 dias após o atendimento de urgência exceto quando não ocorre a redução do quadro clínico da fase aguda que pode levar até 4 dias

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia;

=> Manter contato próximo com o paciente;

=> Propugnar pela Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade

---- Do Reagudecimento ----

=> remoção do material selador provisório;

=> manutenção do dente aberto à cavidade pulpar;

Deus (2002) – Tratamento do Abscesso Dentoalveolar Agudo Em Evolução

=> Anestesia à distância (bloqueio ou nos dentes vizinhos);

- => Ajuste oclusão para infra-oclusão (sem contatos prematuros, sem contato de excursão lateral)
- => Remoção total da dentina cariada;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases);
- => Instalação do isolamento absoluto;
- => Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório
 - álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;
- => Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico em instrumentos da série especial (cateterismo) concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25%
 - alternativa: Neutralização segundo Técnica de Instrumentação de Óregon;
 - CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,
- => Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);
- => Desbridamento/patência foraminal
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CT + 0,5 mm)
 - executada após irrigação abundante e saneamento do canal radicular,
 - permite a drenagem controle do quadro doloroso;
 - seguida de irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);
- => aspiração;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);
- => manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;
- => irrigação abundante;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);
- => acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Paramonoclorofenol Canforado (PMCC);
- => selamento provisório com cimento à base de oxido de zinco e eugenol;
- => CONTRA-INDICA A DRENAGEM CIRÚRGICA ALÉM DE SER INEFICAZ NESSE CASO
- => Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;
- => Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas +	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg,

	Oxicodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Prescrição de Vitamínico

Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

=> orientação do pós-operatório

- aplicação de calor úmido na boca (região afetada) com água aquecida (40 a 50 graus centígrados) adicionada de sal de cozinha,
- boa alimentação líquida e pastosa,
- repouso,
- ao deitar-se o paciente deve manter a cabeça mais elevada em relação ao restante do corpo com a utilização de 2 ou 3 travesseiros,

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 1 a 2 dias após o atendimento de urgência

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia,
- atendimento eletivo deve ser realizado dentro do período com cobertura antibiótica, ou seja, no máximo, até o sétimo dia da terapêutica antibiótica sistêmica.

3.2.3 Abscesso Dento Alveolar Agudo Evoluído

Na fase EVOLUÍDA, ocorre a proliferação fibroangioblástica envolvente da coleção purulenta que amenisa o quadro sistêmico pela proteção à livre difusão dos produtos tóxicos locais para o restante do organismo.

O Abscesso Dento Alveolar Agudo Evoluído caracteriza-se pela presença de exsudado purulento mais localizado, definido e flutuante atingindo compartimento sub-mucoso ou sub-cutâneo podendo haver a fistulação (drenagem) natural do processo.

3.2.3.1 Quadro Clínico (com sinal característico – edema sub-mucoso ou sub-cutâneo)

O quadro clínico do Abscesso Dento Alveolar Agudo Evoluído é composto por:

- => dor espontânea, moderada ou pouco intensa, difusa,
 - pulsátil, ininterrupta (Leonardo, 2008);
- => teste de palpação em nível apical – paciente relata dor;
- => congestionamento da mucosa em nível apical;
- => extrusão dentária
 - mastigação exacerba a dor;
- => mobilidade dentária;
- => testes de sensibilidade pulpar (térmicos, elétricos e de cavidade) apresenta resultado negativo sinalizando necrose pulpar;
- => sensibilidade ao toque vertical estendendo-se aos dentes vizinhos
 - exacerbação ao toque vertical (Leonardo, 1998);
- => teste de percussão vertical e lateral positivos – paciente relata exacerbação da dor (determina evidência para localização do dente gerador do dor);
- => COM edema e COM flutuação
 - exsudato purulento pode causar edema intrabucal (lâmina própria - mucosa), extraoral (hipoderme e derme - pele) ou desaguar nas fossas nasais ou seios maxilares,
 - a dor diminui proporcionalmente à localização e exteriorização do edema,
 - alta sensibilidade à palpação nos tecidos moles na região edemaciada,
 - observa-se quando da palpação do edema, flutuação (movimentação) da coleção purulenta submucosa o subcutânea,
- => exame radiográfico geralmente sem evidências de rarefação apical;
- => halitose;
- => sinais e sintomas de ordem geral;
 - cefaléia;
 - febre;
 - prostração;
- => trismo – eventualmente pode ocorrer;
- => paciente debilitado

- privação de sono,
- dificuldades na alimentação,
- redução da absorção de produtos tóxicos da inflamação.

3.2.3.2 Tratamento de Urgência

O tratamento de urgência do Abscesso Dento Alveolar Agudo Evoluído que inclui abordagem local e sistêmica, é o mesmo realizado nas fases EM EVOLUÇÃO e EVOLUÍDO exceto pela necessidade de drenagem cirúrgica, e consiste do que segue:

- => Profilaxia antibiótica em pacientes com risco de Endocardite Bacteriana;
- => Anestesia de Bloqueio troncular quando possível (dentes inferiores) e à distância – dentes vizinhos (dentes superiores);
- => Remoção total da dentina cariada;
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases)
 - dando-se preferência ao alta rotação com refrigeração (redução das vibrações – controle do quadro doloroso),
 - firmar o dente com o dedo indicador ou polegar, sem pressão apical (redução da mobilidade e das vibrações – controle do quadro doloroso);
- => Isolamento Absoluto (se possível) ou Relativo Criterioso
 - se isolamento relativo, amarrar instrumentos endodônticos com fio dental;
- => Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico com instrumentos da série especial concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2 a 3 mm
 - CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,
- => Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT - 2 mm;
- => Desbridamento/patência foraminal até instrumentos de 15 ou 20/100 mm de diâmetro nominal
 - recomenda-se ligeiro transpasse do forame apical neste caso (2 mm);
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2 a 3 mm;
- => mesmo sem a drenagem de exsudato purulento via canal (improvável nesse caso), executar aspiração com cânula adaptada cuidadosamente ao interior do canal radicular;

=> irrigação abundante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada a CT – 2 a 3 mm;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Formocresol ou Tricresol-formalina;

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> DRENAGEM CIRÚRGICA NECESSÁRIA

- anestesia superficial com anestésico tópico ou cloreto de etila;

- incisão extremamente superficial ou lancetamento extremamente superficial com lâmina de bisturi número 11 no edema flutuante em sua área mais proeminente – fluxo de drenagem verte espontaneamente;

- exercer discreta compressão sobre a área (ordenha);

- instalação de um dreno na área incisada,

- o dreno pode ser fabricado – lâmina de látex de 20 x 80 mm (2 x 8 cm) da luva cirúrgica estéril ou do lençol de borracha para dique, com picotes triangulares (6 mm de altura x 4mm de base) feitos com tesoura com vértice voltados internamente e base externa alternados nas bordas longas,

- introdução com pinça, remoção do excesso e sutura incluindo o dreno,

- manutenção do dreno pelo período de 24 a 48 horas;

=> esclarecimento da possibilidade de evolução para quadro de reagudecimento;

=> instrução de bochechos com solução resolvente e/ou anti-séptica aquecida;

=> recomendações para o pós-operatório - repouso, sem exposição solar, ausente do uso de álcool,

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxycodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias
3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e latrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Prescrição de Vitamínico

Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

- Elevar a resistência orgânica do paciente;

=> Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 2 dias após o atendimento de urgência exceto quando não ocorre a redução do quadro clínico da fase aguda que pode levar até 4 dias

- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia;

=> Manter contato próximo com o paciente;

=> Propugnar pela Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade.

---- Do Reagudecimento ----

=> remoção do material selador provisório;

=> manutenção do dente aberto à cavidade pulpar;

Deus (2002) – Tratamento do Abscesso Dentoalveolar Agudo Evoluído

=> Profilaxia antibiótica em pacientes com risco de Endocardite Bacteriana;

=> Anestesia à distância (bloqueio ou nos dentes vizinhos);

=> Ajuste oclusão para infra-oclusão (sem contatos prematuros, sem contato de excursão lateral)

=> Remoção total da dentina cariada;

=> Abertura coronária completa com remoção das interferências (eliminação dos gases);

=> Instalação do isolamento absoluto;

=> Desinfecção/Anti-sepsia do campo operatório

- clorexidina a 2,0%, álcool iodado a 0,3% neutralizado com álcool éter 1:1;

=> Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico em instrumentos da série especial (cateterismo) concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25%

- alternativa: Neutralização segundo Técnica de Instrumentação de Óregon;

- CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4mm,

=> Odontometria (CT com limite de 1mm aquém do ápice radicular);

=> Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CT

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);

=> Desbridamento/patência foraminal

- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm);

=> Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CT + 0,5 mm)

- executada após irrigação abundante e saneamento do canal radicular,

- permite a drenagem controle do quadro doloroso;

- seguida de irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitado com cursor a CT – 2 a 3 mm;

=> aspiração;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cones de papel absorvente);

=> manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;

=> irrigação abundante;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e/ou cone de papel absorvente estéril);

=> acomodação de uma mecha de algodão estéril sobre a embocadura do canal radicular contendo diminuta quantidade de Paramonoclorofenol Canforado (PMCC);

=> selamento provisório com cimento à base de óxido de zinco e eugenol;

=> Remoção dos componentes do Isolamento Absoluto;

=> DRENAGEM CIRÚRGICA NECESSÁRIA

- anestesia superficial com anestésico tópico ou cloreto de etila;

- incisão extremamente superficial ou lancetamento extremamente superficial com lâmina de bisturi número 11 no edema flutuante em sua área mais proeminente – fluxo de drenagem verte espontaneamente;

- exercer discreta compressão sobre a área (ordenha);

- instalação de um dreno na área incisada,

- o dreno pode ser fabricado – o dreno pode ser fabricado – lâmina de látex de 20 x 80 mm (2 x 8 cm) da luva cirúrgica estéril ou do lençol de borracha para dique, com picotes triangulares (6 mm de altura x 4 mm de base), feitos com tesoura, com vértice voltado internamente e base externa – o picotes devem ser feitos alternados nas bordas longas da lâmina de látex,

- introdução com pinça, remoção do excesso e sutura incluindo o dreno,

- manutenção do dreno pelo período de 24 a 48 horas;

=> Prescrição de Analgésico/Antiinflamatório

	Pacientes SEM Problemas Gástricos	Pacientes COM Problemas Gástricos
Dor Severa	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, de 6 em 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos 2 vezes ao dia	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 10 mg, 1 a 2 comprimidos, 2 vezes ao dia.
Dor Moderada	Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 600 mg, a cada 6 horas Ibuprofeno 400 mg + Acetaminofeno 400 mg, de 6 em 6 horas e Codeína 60 mg, a cada 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas
Dor de Baixa Intensidade	Ibuprofeno 200 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas	Acetaminofeno 600 a 1000 mg, 1 comprimido a cada 4 - 6 horas

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

	Pacientes NÃO ALÉRGICOS à Penicilina	Pacientes ALÉRGICOS à Penicilina
1ª Opção	Amoxicilina 500 mg 8/8 horas – 7 dias	Azitromicina 500 mg 1 vez ao dia – 3 dias
2ª Opção	Fenoximetil penicilina potássica 500.000 ui 6/6 horas – 7 dias	Cefalosporina 500 mg 8/8 horas – 7 dias

3ª Opção	Ampicilina 500 mg 8/8 horas	Clindamicina 600 mg 8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.	

=> Prescrição de Vitamínico

Cewin 500 mg, 1 vez ao dia, por 7 dias.

=> orientação do pós-operatório

- bochecho com água aquecida (40 a 50 graus centígrados) adicionada de sal de cozinha na região da drenagem intra-oral,
 - boa alimentação líquida e pastosa,
 - repouso,
 - ao deitar-se o paciente deve manter a cabeça mais elevada em relação ao testante do corpo com a utilização de 2 ou 3 travesseiros,
- => Referência para consulta eletiva a ser executada num prazo de 1 a 2 dias após o atendimento de urgência
- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia,
 - atendimento eletivo deve ser realizado dentro do período com cobertura antibiótica, ou seja, no máximo, até o sétimo dia da terapêutica antibiótica sistêmica.

3.3 Abscesso Fênix e Abscesso Iatrogênico.

O reagudimento de processos crônicos (periapicopatias crônicas) se dá por um desequilíbrio decorrente do que segue:

- => debilitação do sistema imunológico do paciente;
- => elevação da virulência da infecção.

O reagudimento de processos crônicos resultante de iatrogenia pode ser chamado de Abscesso Iatrogênico.

3.3.1 Quadro Clínico

O quadro clínico do Abscesso Fênix e do Abscesso Iatrogênico equivale ao do Abscesso Dentoalveolar Agudo, incluindo as fases inicial, em evolução e evoluído. O diagnóstico diferencial é baseado na imagem radiográfica. A detecção radiográfica de lesão apical significativa sinaliza para Abscesso Fênix ou Abscesso Iatrogênico.

3.3.2 Tratamento de Urgência

O tratamento de urgência do Abscesso Fênix e do Abscesso Iatrogênico equivale ao do Abscesso Dentoalveolar Agudo, considerando, inclusive, as especificidades das fases inicial, em evolução e evoluído, exceções destacadas a seguir:

=> a solução irrigadora deve ser mais concentrada - soluções de hipoclorito de sódio de 4 a 6%;

=> Prescrição de Antibiótico – Antibioticoterapia para Adultos – INDICADA

Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio), 8/8 horas, 7 dias.
------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

3.4 Condição Trans ou Pós-Operatória Aguda de Origem Endodôntica - “FLARE-UP”

O “FLARE-UP” é uma condição inflamatória aguda que ocorre durante e, mais frequentemente, após seções endodônticas nas quais se faz o tratamento das pulpopatias ou das periapicopatias antes ou após a obturação.

3.3.1 Quadro Clínico

O quadro clínico do “FLARE-UP” equivale a um dos quadros clínicos das periapicopatias já mencionadas neste documento.

3.3.2 Tratamento de Urgência

O tratamento de urgência do “FLARE-UP” deve ser determinado pelo diagnóstico da periapicopatia correspondente.

3.5 Considerações Finais sobre a Conduta frente ao Tratamento de Urgência das Periapicopatias Agudas

3.5.1 Da Interdisciplinaridade, Multiprofissionalidade e Observações Terapêuticas

Nos casos de pacientes acometidos de Abscesso Dentoalveolar Agudo, Abscesso Fênix e Abscesso Iatrogênico em Evolução ou evoluído, ou seja, com edema intra-oral ou extra-bucal deve-se suspeitar de condições sistêmicas debilitantes como, p. ex., patologias crônicas descompensadas (ex.: diabetes) e doenças infecto-contagiosas (ex.: AIDS).

O paciente com suspeita de descompensação sistêmica e/ou debilitação imunológica com quadro de Abscesso Dentoalveolar Agudo, Abscesso Fênix ou Abscesso Iatrogênico em Evolução ou evoluído pode se apresentar prejudicado na capacidade de conter a infecção e/ou realizar a reparação dos tecidos afetados, correndo risco potencial real de evolução para complicações importantes que, podem, por sua vez, levarem ao óbito.

Recomenda-se, portanto, para esses casos, a Interdisciplinaridade e a Multiprofissionalidade, ou seja, sugere-se a notificação do Cirurgião-Dentista Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial ou do Médico ou do Serviço de Saúde (p. ex.: de emergência) do estado mórbido do paciente bem como da terapia local e sistêmica já realizada e solicitar acompanhamento da evolução clínica como, também, investigação, avaliação e estabilização de patologias crônicas possivelmente pré-existentes. Os serviços médicos de emergência que contam com equipes de Cirurgiões-Dentistas Especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial devem ser priorizados na referência ou encaminhamento.

Cabe ao Cirurgião-Dentista familiarizar-se com os serviços de saúde disponibilizados em seu município ou localidade bem como estabelecer relacionamento profissional com instituições de saúde e demais profissionais como Médicos, Enfermeiros, Cirurgiões-Dentistas Especialistas (Cirurgia Bucomaxilofacial), Nutricionistas, Fisioterapeutas e etc com o objetivo de capacitar-se à referência e contra-referência de pacientes, interdisciplinaridade e interprofissionalidade que tanto contribui para a gestão de risco do paciente além de caracterizar perícia, prudência e atenção na tutela do paciente.

Na terapêutica sistêmica em pacientes pediátricos, torna-se necessário redimensionar a dose relacionando-a ao peso observando as recomendações relatadas no Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) ou na Bula do Medicamento (Bulário Eletrônico ANVISA – Busca Eletrônica pelo nome do princípio ativo - <http://www.anvisa.gov.br/bularioeletronico/default.asp>).

4 Posologias e Informações Técnicas

POSOLOGIA - Paracetamol (Medicamento de Referência TYLENOL - Comprimidos Revestidos)

Adultos e crianças de 12 anos ou mais: As doses de paracetamol para adultos e crianças de 12 anos ou mais variam de 500 a 1000 mg/dose com intervalos de 4 a 6 horas entre cada administração. Não exceder o total de 4 g em 24 horas.

TYLENOL® 500 mg: 1 a 2 comprimidos, 3 a 4 vezes ao dia.

Não exceda 8 comprimidos, em doses fracionadas, em um período de 24 horas.

TYLENOL® 750 mg: 1 comprimido, 3 a 5 vezes ao dia.

Não exceda 5 comprimidos, em doses fracionadas, em um período de 24 horas.

POSOLOGIA - Paracetamol (Medicamento de Referência TYLENOL – Gotas)

Crianças: A dose pediátrica de paracetamol varia de 10 a 15 mg/kg/dose, com intervalos de 4 a 6 horas entre cada administração.

Administrar 1 gota/kg até a dosagem máxima de 35 gotas. Não exceder mais de 5 administrações, em doses fracionadas, em um período de 24 horas.

Para crianças abaixo de 11 kg ou 2 anos, consultar o médico antes do uso.

Adultos e crianças de 12 anos ou mais: As doses de paracetamol para adultos e crianças de 12 anos ou mais variam de 500 a 1000 mg/dose com intervalos de 4 a 6 horas entre cada administração. Não exceder o total de 4 g em 24 horas.

Administrar 35 a 55 gotas, 3 a 5 vezes ao dia. Não exceder 5 administrações, em doses fracionadas, em um período de 24 horas.

<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25838-1-0%5D.PDF>

POSOLOGIA - Naproxeno (Medicamento de Referência Naprosyn, Flanax - Comprimidos). Estados dolorosos agudos com componente inflamatório. A dose inicial é de Naprosyn® 500 mg, seguido por Naprosyn® 250 mg a cada 6 - 8 horas, conforme a necessidade.

<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25368-1-0%5D.PDF>

POSOLOGIA – Aceclofenaco (Medicamento de Referência Proflam – Comprimidos Revestidos). A dose usual é de 100 mg a cada 12 horas. O regime posológico deve ser individualizado, de acordo com a indicação e outras variáveis clínicas. Pacientes geriátricos - dados farmacocinéticos limitados, assim como a experiência clínica, sugerem que a dose para idosos deva ser a mesma que a usual para adultos. Entretanto, como com qualquer outro antiinflamatório não-esteroidal, o tratamento requer cuidados, já que os pacientes geriátricos, em geral, são mais susceptíveis às reações adversas destas substâncias.

Insuficiência renal - não há evidências de que a dose de aceclofenaco deva ser modificada em pacientes com insuficiência renal leve (vide “PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS - EFEITOS RENAIIS”). Não há dados suficientes que suportem o uso de Proflam® (aceclofenaco) em pacientes com insuficiência renal grave.

Insuficiência hepática - pacientes com insuficiência hepática leve devem receber uma dose inicial única diária de 100 mg a cada 12 horas. A segurança do uso de drogas antiinflamatórias não-esteroidais em pacientes com insuficiência hepática de intensidade leve a moderada não foi estudada.

<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25609-1-0%5D.PDF>

POSOLOGIA – Meloxicam (Medicamento de Referência Movatec® – Comprimidos). A dose usual é de 15 mg uma vez ao dia. De acordo com a resposta terapêutica, a dose pode ser reduzida para 7,5 mg uma vez ao dia.

Em pacientes com elevado risco de reações adversas, recomenda-se iniciar o tratamento com 7,5 mg/dia.

Em pacientes com insuficiência renal grave em diálise, a dose diária não deve exceder 7,5 mg.

Como o potencial para reações adversas aumenta com a dose e com o tempo de exposição ao meloxicam, deve-se utilizar a menor dose diária eficaz durante o menor tempo possível.

Adolescentes: A dose máxima recomendada para adolescentes é de 0,25 mg/kg.

Em geral, o uso de MOVATEC deve ser restrito a adolescentes e adultos (vide seção contra-indicações).

De um modo geral, a dose diária total não deve exceder 15 mg.

Administração combinada: A dose diária total de MOVATEC administrada como comprimido e solução injetável não deve exceder 15 mg.

<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25934-1-0%5D.PDF>

Posologia: Clavulin®BD (amoxicilina + clavulanato de potássio). Comprimido revestido: Embalagem com 14 e 20 comprimidos. USO ADULTO

Um comprimido de CLAVULIN BD 875 mg, 2 vezes ao dia, a duração do tratamento deve ser apropriada para a indicação e não deve exceder 14 dias sem revisão.

Composição:

Amoxicilina (sob a forma de amoxicilina triidratada)..... 875mg

Ácido clavulânico (sob a forma de clavulanato de potássio)..... 125mg

. excipientes q.s.p.....

Insuficiência renal

Para pacientes com TFG > 30 ml/min, nenhum ajuste na dosagem é necessário. Para pacientes com TFG < 30 ml/min, CLAVULIN BD não é recomendado.

Insuficiência hepática

Administrar com cautela; monitorar a função hepática em intervalos regulares. No momento, as evidências são insuficientes para servirem de base para uma recomendação de dosagem.

Método de administração

Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, sem mastigar. Se necessário, os comprimidos podem ser partidos pela metade e engolidos sem mastigar.

Para minimizar uma potencial intolerância gastrointestinal, administre no início da refeição. A absorção de CLAVULIN BD é otimizada quando administrado no início da refeição. A duração do tratamento deve ser apropriada para a indicação e não deve exceder 14 dias sem revisão.

<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25670-1-0%5D.PDF>

5 Referências Bibliográficas

ANDALAF NETO, Jorge; SIMOES, Manuel J.; EVENCIO NETO, Joaquim and KULAY JUNIOR, Luiz. Efeitos do Uso Crônico de Acetaminofeno na Prenhez da Rata. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 1999, vol.21, n.2, pp. 105-108. ISSN 0100-7203. doi: 10.1590/S0100-72031999000200008.

Adnan S. Dajani, Kathryn A. Taubert, Walter Wilson, Ann F. Bolger, Arnold Bayer, Patricia Ferrieri, Michael H. Gewitz, Stanford T. Shulman, Soraya Nouri, Jane W. Newburger, Cecilia Hutto, Thomas J. Pallasch, Tommy W. Gage, Matthew E. Levison, Georges Peter, and Gregory Zuccaro, Jr. Prevention of Bacterial Endocarditis: Recommendations by the American Heart Association. Circulation, Jul 1997; 96: 358 - 366. <<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/96/1/358>>.

ANUSAVICE, K. J. Phillips materiais dentários. 10º ed., Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1998.

ANVISA: Bulário Eletrônico (Paracetamol). Acesso em 08/12/2009. <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25838-1-0%5D.PDF>>.

ANVISA: Bulário Eletrônico (Naproxeno – Med. Ref.: Naprosyn®). Acesso em 09/12/2009. <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25368-1-0%5D.PDF>>.

CFO: Conselho Federal de Odontologia (Código de Ética Odontológica). Acesso em 09/12/2009. <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/09/codigo_etica.pdf>.

CRUZ FILHO AM, PECORA JD. Terapêutica. Temas de Endodontia, FORP-USP, 2004. <<http://www.forp.usp.br/restauradora/tera.htm>>.

DEUS, Q. D. Endodontia. 5ª ed. Medsi, Rio de Janeiro, 1992.

DUVAL X., LEPORT C., DANCHIN N. The new American Heart Association guidelines on the prevention of infective endocarditis: culmination of a long process of thought. Heart. v. 94, n. 6, p. 715–716, June 2008 <doi:10.1136/hrt.2007.132514>.

FO-USP: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Patoartegeral, Classificação das Inflamações (abscesso). Acesso em 09/12/2009. <<http://www.fo.usp.br/lido/patoartegeral/patoarteinfl9.htm#abscesso>>

FO-USP: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Patoartegeral, Classificação das Inflamações (Flegmão ou Celulite). Acesso em 09/12/2009. <<http://www.fo.usp.br/lido/patoartegeral/patoarteinfl9.htm#flegm%C3%A3o>>

LEONARDO, MR. Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos. 2 volumes encadernados. São Paulo: Artes Médicas, 2005. Reimpressão 2008. LEONARDO MR, LEONARDO MR, Leal JM. Endodontia: tratamento de canais radiculares. 3 ed. São Paulo: Panamericana, 1998.

LEONARDO RT. Endodontia: conceitos biológicos e recursos tecnológicos. Artes Medicas (Divisão Odontológica), São Paulo, 2009.

Edição	Atualizado
Corpo Editorial da Plataforma PECOS Plataforma de Ensino Continuado de Odontologia e Saúde	Dezembro de 2009