



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

CURSO DE CAPACITAÇÃO

2018

ENDODONTIA EM DENTE PERMANENTE - URGÊNCIA ATENDIMENTO CLÍNICO E TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA INDICADA

Profa. Dra. Carina Domaneschi

Resolução das urgências odontológicas

- "São medidas que visam aliviar sintomas dolorosos e/ou proporcionam restabelecimento estético e funcional ao paciente".

- Está presente em todas as fases do tratamento odontológico como prioridade, sejam elas entre a: adequação do meio bucal, avaliação do nível de saúde, planejamento periodontal, cirúrgico, endodôntico, oclusal e avaliação do nível de saúde **OU** planejamento da reabilitação dos elementos dentários (dentística) **OU** já em fase de manutenção do paciente.

LEMBRAMOS AINDA QUE:

URGÊNCIA (Pacientes com sintomatologia dolorosa, **sem risco de vida**)

≠

EMERGÊNCIA (Manutenção da vida do paciente, **em situações de risco de vida**)

O método de triagem

- É a reunião de informações sobre o paciente e a queixa da urgência do mesmo.

Processo de Diagnóstico

- O diagnóstico das dores odontológicas necessita de uma abordagem através da **ANAMNESE** e **EXAME CLÍNICO**.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Sendo que:

Anamnese (queixa principal do paciente, em que ele descreve o início e duração da dor, se estímulo é provocado e outros achados associados), além da ficha clínica com dados de saúde geral do paciente.

+

Exame Clínico (inspeção visual, palpação, percussão, mobilidade, sondagem periodontal, teste térmico, radiografias).

➡ Tendo feito a anamnese + exame clínico = formulamos a Hipótese Diagnóstica

- Após o **diagnóstico** correto conseguimos conduzir a **conduta clínica** adequada para posteriormente darmos o seguimento ao tratamento.

ASSIM:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA DOR DENTÁRIA

(URGÊNCIA ENDODÔNTICA DE ORIGEM PULPAR E PERIAPICAL)

Dor Odontogênica primária:

Esta dor advém dos tecidos pulpares ou dos tecidos periapicais. A doença pulpar é classificada de acordo com o estado pulpar em:

- **pulpite reversível:** dor breve, estimulada pelo calor, frio ou doces. A dor desaparece rapidamente após cessar o estímulo e não é espontânea. Os dentes respondem ao teste térmico e não há sensibilidade à percussão. Tratamento imediato: remoção da causa. Motivos mais comuns: cáries, restaurações recentes, trauma e sensibilidade dentinária.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

- **pulpite irreversível:** dor prolongada em resposta a estímulo térmico ou por dor espontânea, com declínio lento. Os dentes podem não apresentar dor à percussão nem alteração radiográfica. Tratamento imediato: Pulpectomia, medicação intra-canal e selamento provisório.

- **necrose pulpar:** características similares à pulpite irreversível em relação a dor apresentada pelo paciente, exceto que na necrose pulpar o dente não responde ao teste pulpar e geralmente há sensibilidade a percussão. Tratamento imediato: penetração desinfetante, medicação intra-canal e selamento provisório.

Em resumo:

- com vitalidade: -normal

- pulpite – reversível

- irreversível

-sem vitalidade: - necrose pulpar

A **doença dos tecidos periapicais** é classificada como:

- **periodontite apical aguda** (antigamente chamada de PERICEMENTITE): Pode ser caracterizada como uma consequência da extensão da inflamação pulpar para os tecidos periapicais e evidenciada por sensibilidade à percussão. Dor espontânea e localizada, sensibilidade a percussão, discreta extrusão e mobilidade, face e mucosa normais. Alteração radiográfica: espessamento do espaço do ligamento periodontal. Causada por sobre-instrumentação ou sobreobturação, mas também causas não-pulpare da inflamação periapical ocorrem e incluem bruxismo, trauma oclusal e hiperoclusão.

Ao se realizar o **teste térmico** e for **positivo** realizar o ajuste oclusal e prescrever anti-inflamatório, **MAS** e se **teste térmico for negativo:** realizar abertura endodôntica, penetração desinfetante, medicação intra-canal (PRP), alívio oclusal e anti-inflamatório.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

- **abscesso apical agudo:** As bactérias que estão dentro do canal tentam atravessar o forame apical porque se tornaram mais virulentas ou porque a resistência do hospedeiro diminuiu, ou

por ambas as razões. Dor espontânea e pulsátil, resposta negativa aos testes térmicos e positiva à percussão, edema, mobilidade dental, febre e mal-estar. Tratamento imediato: drenagem (via canal), esvaziamento do canal, medicação intra-canal (PRP), antibiótico (se necessário).

➡ Caso haja uma fístula fazer o mapeamento com o auxílio do cone de guta percha e radiografar. Assim direcionará para o local onde há maior indicação de contaminação e abertura endodôntica, que será confirmado com os demais testes.

O abscesso periapical agudo pode se apresentar em 3 estágios:

- **Estágio Inicial:** sem tumefação (neste caso, pode haver somente drenagem via canal)

- **Estágio em evolução:** edema consistente

Aqui o edema é firme e instituímos terapias locais, como bochechos com água morna e sal (para pacientes **NÃO HIPERTENSOS**), ou somente bochechos com água morna, e compressa com gelo extra-oral e retorno diário para que se forme um ponto de flutuação para se realizar a drenagem intra oral, com incisão e colocação de dreno.

- **Estágio Evoluído:** edema flutuante

Neste estágio é possível durante a palpação sentir um ponto de flutuação e assim, após anestesia, fazer um furo com o bisturi, num ângulo de 45 graus no longo eixo do dente e inserir um dreno. Este deverá ser “cortado” a cada dois dias até sua completa remoção, em que o paciente não esteja mais com aumento de volume ou dor.

Pacientes imunodeprimidos, diabéticos, idosos, diabéticos, ou que apresentem alguma outra alteração sistêmica (seja julgado individualmente) necessário a prescrição de antibiótico, NÃO devendo esquecer os casos de alergia ao medicamento e GESTANTES.

Foi citado como diagnóstico diferencial a Urgência de Origem Periodontal, no caso o **ABSCESSO PERIODONTAL AGUDO**, pois apresenta: dor constante. **NO ENTANTO, SE NÃO APRESENTAR**



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ENVOLVIMENTO PULPAR (POR SER LESÃO ENDO PERIO), HAVERÁ **RESPOSTA NORMAL AO TESTE TÉRMICO**, além de bolsa periodontal pré-existente ou corpo estranho como, casca de

milho, edema, coleção purulenta localizada com drenagem pelo sulco gengival. Neste caso o tratamento imediato é sondagem do sulco, localização de corpo estranho, drenagem via sulco ou incisão e terapêutica medicamentosa (se necessário).



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA INDICADA:

Controle da dor e inflamação

Situações clínicas frequentemente envolvem a presença de dor. A dor de origem dental ou em tecidos anexos é quase sempre de caráter inflamatório agudo. Ainda nos quadros de dor odontológica de qualquer origem, a terapêutica clínica (procedimentos locais adequados) é fundamental e necessária, pois, por melhor que sejam os medicamentos, por si só não conseguirão aliviar ou suprir a dor.

A prescrição de medicação analgésica anti-inflamatório é de grande valia. Tais medicamentos geralmente atuam como medicação de suporte, aliviando a dor e proporcionando uma melhor qualidade na recuperação do paciente.

Abaixo os **principais analgésicos e anti-inflamatórios** usados em odontologia.

-Analgésicos anti-inflamatórios (AINES)

Não seletivos (ciclo-oxigenase-2 – COX 2): diclofenaco, piroxican, ibuprofeno, loxoprofeno, meloxican, nimesulida

Seletivos: celecoxibe, etoricoxibe

- Analgésicos e antitérmicos: paracetamol, dipirona, ácido acetilsalicílico, ibuprofeno

- Analgésico de ação central (opióide): codeína, tramadol

- Anti-inflamatório corticosteróide: dexametasona, betametasona

- medicamentos associados: analgésicos + anti-inflamatórios + miorrelaxantes

Controle da infecção

As infecções bucodentárias geralmente se manifestam na presença de fatores predisponentes como placa ou necrose pulpar. Deve-se atuar nas infecções já estabelecidas, procurando sempre remover a causa por meio de manobras clínicas. Caso seja necessário auxílio terapêutico, o emprego de antibióticos deve ser realizado com critério e acompanhamento clínico.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Em algumas situações especiais, o uso profilático de antibiótico será necessário para proteção e segurança em virtude de alguma alteração sistêmica do paciente e do tipo de procedimento clínico odontológico a ser realizado.

Antibióticos de primeira escolha e Largo espectro:

- Amoxicilina 500mg – Amoxil®
- Ampicilina 500 a 1000 mg – Binotal®
- Amoxicilina 500mg + ácido clavulânico 125 mg – Clavulin®
- Amoxicilina 250mg + sulbactam 250mg – Trifamox ibl®

Observações:

- Esses medicamentos são do grupo das penicilinas, lembrando que entre 10 a 15% da população é **ALÉRGICA (**)** e as reações podem ser grave, principalmente no uso injetável. O paciente sensível a uma penicilina é sensível a todas.
- No uso por via oral, a duração do tratamento de processos infecciosos odontogênicos é de 7 dias.
- A associação de ácido clavulânico e/ou sulbactam nas especialidades descritas tem a função de diminuir a inativação do antibiótico, que pode ocorrer pela presença de beta-lactamases produzidas por bactérias encontradas nas infecções odontogênicas, principalmente os estafilococos. Muitos insucessos no tratamento de infecções odontogênicas com penicilinas podem estar relacionados à ausência dessa associação.

(**) Nestes casos prescrevemos:

- Cloridrato de clindamicina 300mg – Dalacin C®
- Cloridrato de lincomicina 500mg – Frademicina®
- Azitromicina diidratada 500mg – Zitromax®
- Cefalexina monoidrata 500mg - Keflex®

A clindamicina e a lincomicina são boas opções na prescrição das infecções ósseas.



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Referências Bibliográficas:

- Rocha RG et al. Aplicação clínica de medicamentos em odontologia. Clínica Integrada em Odontologia. 1ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013, p. 59-81.
- Borsatti MA, Tortamano IP, Penha SS, Buscariolo IA, Domaneschi C. Urgências em Odontologia. Clínica Integrada em Odontologia. 1ed. São Paulo: Artes Médicas, 2013, p. 83-122.
- Douglass AB, Douglass JM. Common dental emergencies. Am Fam Physician 2003; 67(3):511-6.
- Monnazzi MS, P MD, Vieira EH, Gabrielli MAC, Carlos E. Emergências e urgências médicas. Como proceder? Revista Gaúcha de Odontologia 2001;49(1):7-11.
- Lee HH, Lewis CW, McKinney CM. Disparities in Emergency Department Pain Treatment for Toothache. JDR Clin Trans Res. 2016 Oct;1(3):226-233.
- Martin MV. Antibiotic prescribing for acute dental pain. Br Dent J. 2006 Aug 26;201(4):216.
- Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performance of routine tasks by civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saude Publica. 2006 May;22(5):1073-8.
- Huber MA, Terezhalmay GT. The use of COX-2 inhibitors for acute dental pain: A second look. J Am Dent Assoc. 2006 Apr;137(4):480-7. Review.
- Brennan MT, Runyon MS, Batts JJ, Fox PC, Kent ML, Cox TL, Norton HJ, Lockhart PB. Odontogenic signs and symptoms as predictors of odontogenic infection: a clinical trial. J Am Dent Assoc. 2006;137(1):62-6.
- Sutherland S. Antibiotics do not reduce toothache caused by irreversible pulpitis. Evid Based Dent 2005;6(3):67.
- van Wijk AJ, Hoogstraten J. Experience with dental pain and fear of dental pain. J Dent Res 2005; 84(10):947-50.
- Bastos JL, Nomura LH, Peres MA. Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. Cad Saude Publica. 2005;21(5):1416-23.
- Rasmussen JK, Frederiksen JA, Hallonsten AL, Poulsen S. Danish dentists' knowledge, attitudes and management of procedural dental pain in children: association with demographic



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE ODONTOLOGIA

characteristics, structural factors, perceived stress during the administration of local analgesia and their tolerance towards pain. *Int J Paediatr Dent* 2005;15(3):159-68.

-Keenan JV, Farman AG, Fedorowicz Z, Newton JT. Antibiotic use for irreversible pulpitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18;(2):CD004969. Review.

- Anderson R. Patient expectations of emergency dental services: a qualitative interview study. *Br Dent J* 2004; 197(6): 331-334; Discussion 323.

- Pau AK, Croucher R, Marcenes W. Prevalence estimates and associated factors for dental pain: a review. *Oral Health Prev Dent* 2003;1(3):209-20. Review.