UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE da FAMÍLIA

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
1933

CASO COMPLEXO 9
Família Lima

Fundamentação Teórica: Saúde bucal

Saúde bucal

André Fonoff

A abordagem adequada em urgências endodônticas compreende, além do diagnóstico, uma combinação de tratamento local definitivo e medicação sistêmica, quando esta estiver indicada.

Diagnóstico

O primeiro passo da resolução de patologias endodônticas, que é o diagnóstico, exige atenção ao fato de que algumas condições podem mimetizar uma dor semelhante à que ocorre em parte dos casos envolvendo a polpa, mas que não requerem intervenção endodôntica (quadro 1). Entretanto, a maioria das pessoas com queixa de dor de dente realmente está com dor de dente.

O clínico deverá realizar os procedimentos diagnósticos de modo metódico para obter o diagnóstico correto.

Alguns diagnósticos que podem mimetizar dores odontogênicas agudas	
Musculoesquelética	• Dor miofascial • Desordem têmporo-mandibular
Neuropática	• Neuralgia trigeminal • Odontalgia atípica • Neuralgia glossofaríngea
Neurovascular	• Enxaqueca • Dor de cabeça
Inflamatória	• Sinusite alérgica • Sinusite bacteriana
Desordem sistêmica	• Dor cardíaca • Herpes-zóster • Anemia falciforme • Neoplasias
Origem psíquica	• Síndrome de Munchausen

Quadro 1

Obtenção da queixa principal

É muito importante deixar a pessoa descrever a queixa principal com suas próprias palavras. Ouvindo cuidadosamente sem interrupções, o profissional pode colher informação diagnóstica importante e dar o primeiro passo no estabelecimento da boa comunicação (KEISER; HARGREAVES, 2002).

História da queixa principal

Após a pessoa descrever a queixa principal, perguntas podem então ser formuladas, por exemplo: quando a dor começou, a dor é espontânea, algo faz a dor piorar?

História médica e dental

A história médica deve ser obtida antes de qualquer avaliação. A história odontológica pode fornecer informações não só para se entender a causa da situação atual, como também para vislumbrar a motivação da pessoa em manter o dente e o perfil dela quanto às modalidades de tratamento mais adequadas.

Exame clínico: inspeção visual

É necessário examinar os tecidos moles para verificar edema, rubor, fístula ou alguma outra alteração (pápula, úlcera ou outra) que possa ser a causa da dor. O exame dental precisa contemplar pesquisa por cáries, infiltrações, trincas, fraturas, dentina exposta e outros. Geralmente há um sinal relacionado à dor. Na ausência deste, deve-se considerar mais atentamente a possibilidade de uma dor não odontogênica (quadro 2).

Características de dor dental não odontogênica
Aparente ausência de fatores etiológicos para dor odontogênica (cárie, restauração com infiltração, trauma, fratura ou outros)
Não eliminada consistentemente mesmo após anestesia
Bilateral ou dor em diversos dentes
Crônica e não responsiva a tratamento dentário
Qualidade da dor: queimação, choque elétrico, difusa
Simultânea a dor de cabeça
Aumentada pela palpação de *trigger points* ou músculos
Aumentada por estresse emocional, exercício físico ou posição da cabeça

Quadro 2

Sondagem periodontal

A sondagem de todo o sulco gengival é fundamental para a detecção de alguma bolsa periodontal que pode ser uma via de drenagem para um abscesso ou consequência de uma fratura vertical da raiz.

Testes periapicais

Estes testes devem ser efetuados inicialmente em dentes não suspeitos, que agem como controle, de tal forma que o cirurgião-dentista perceba o padrão individual de resposta da pessoa examinada, assim como para a pessoa se familiarizar com o teste antes que ele seja feito na área suspeita. Dor forte à percussão vertical ou palpação digital no periápice sugerem inflamação ou infecção no periápice, mas a causa desse sintoma não é exclusivamente pulpar. Outras possibilidades são sinusite, doença periodontal ou oclusão traumática.

Se a queixa principal for dor à mastigação, é aconselhável tentar reproduzir a queixa, pedindo ao cliente que morda um *bite*.

Teste de vitalidade pulpar

Estes testes visam averiguar se há vitalidade ou não do tecido pulpar, assim como, em casos de inflamação, elucidar a reversibilidade ou não da alteração presente. O teste com frio é bastante útil em muitos casos e pode ser aplicado com gás refrigerante ou bastões de gelo. O teste com quente é difícil de executar, uma vez que muito calor pode por si só causar dano irreversível à polpa (SINGURDSSON, 2003). Ele pode ser feito com bastão de guta-percha aquecido e é particularmente útil na identificação de dentes com pulpite irreversível.

Teste elétrico

Em caso de o teste de vitalidade pulpar com frio ser inconclusivo, em que há excesso de dentina reacional, como em pessoas senis, por exemplo, há possibilidade de se utilizar o teste elétrico, o qual indica a presença de fibras nervosas A delta, mas não permite avaliar o grau de inflamação da polpa.

Ainda que nem sempre os testes clínicos correspondam à real situação histopatológica da polpa, as interpretações desses testes, somadas com todas as demais informações do caso, permitem tomadas de decisão conscientes.

Tratamento endodôntico

O procedimento clínico em casos de pulpite visa à remoção do tecido inflamado. A razão biológica pela qual pulpotomias e pulpectomias reduzem a dor está na diminuição dos níveis teciduais de mediadores inflamatórios e da elevada pressão intersticial que estimula terminais periféricos de nociceptores.

O procedimento local em casos de abscesso visa estabelecer uma via de drenagem, quando possível, e remover a causa da infecção por meio do debridamento do sistema de canais radiculares.

Em casos nos quais a destruição ocorrida foi muito extensa, de maneira que não há possibilidade de terapia endodôntica, há indicação de exodontia.

Casos nos quais, ainda que haja possibilidade de tratamento endodôntico, o remanescente de dente estiver muito fragilizado para suportar uma restauração, a exodontia deve ser considerada, seguida da instalação de algum tipo de prótese.

Medicação sistêmica

As drogas, em situações endodônticas de urgência, participam como coadjuvantes ao tratamento local definitivo. Isoladamente, elas não têm o potencial de resolução da situação. Dessa forma, o uso exclusivo de fármacos não é o tratamento apropriado. Excepcionalmente, em um primeiro momento, pode não haver condições de drenagem da secreção purulenta ou de debridamento do canal. Exemplo: quadro de celulite originada em dente posterior com retentor intra-radicular muito longo e bem cimentado.

Em casos de pulpite, os analgésicos terão pouco ou nenhum efeito.

Em casos de abscesso apical agudo, as classes de medicamentos que podem ser utilizadas são os analgésicos e os antibióticos.

A medicação só deve ser ministrada após se proceder à anamnese, a qual deve ser assinada pelo paciente.

Antibióticos

As infecções endodônticas são infecções polimicrobianas causadas principalmente por bactérias anaeróbias e algumas facultativas, além de fungos e vírus. Podem ser desde assintomáticas até ameaçadoras de vida, dependendo da patogenicidade dos microrganismos envolvidos e da resistência do hospedeiro. Os sinais clínicos e sintomas de uma infecção são o resultado do dano tecidual causado pelos micróbios e suas toxinas e pela resposta inflamatória produzida pelo hospedeiro. Enquanto a flora normal pode prevenir que microrganismos patogênicos invadam os tecidos e causem doenças, ela pode agir como patógeno oportunista, caso ganhe acesso a tecidos previamente não colonizados. Este é o caso quando a flora bucal normal ganha acesso à cavidade pulpar e a tecidos perirradiculares. Um dente com uma polpa necrótica infectada se torna um reservatório de infecção isolado da resposta inflamatória, a qual se perpetua até que a fonte da irritação seja removida. O diagnóstico e o tratamento apropriados da fonte da infecção são de extrema importância. Observa-se, entretanto, que há um excesso na utilização de antibióticos. A partir do fim da década de 1940, houve um aumento no uso da penicilina pelo surgimento da disponibilidade de administração via oral (dispensando a necessidade de injeção) e pela queda no preço. Atualmente, o sobreuso dos antibióticos se dá

por diversos motivos: incentivo da indústria farmacêutica junto aos profissionais da saúde, receio em relação a questões médico-legais, receio de perder indicadores (no caso de especialistas), dúvida sobre indicação, urgências em final de semana ou feriado e expectativa do cliente. Nesta última situação, o profissional tem a responsabilidade de explicar ao cliente que os antibióticos não são efetivos em todas as situações e devem ser reservados para as condições tratáveis, pois são drogas com riscos potenciais.

Alguns problemas com antibióticos são: risco de reações alérgicas (morbidade, mortalidade), toxicidade, superinfecção, resistência bacteriana, efeitos adversos, falta de cooperação dos clientes e custo.

O uso racional de antibióticos é baseado na indicação definida, na propriedade do antibiótico e nos efeitos colaterais da droga. Os antibióticos são prescritos na prática endodôntica para propósitos terapêuticos ou profiláticos (LONGMANA et al., 2000), e a prescrição deles deveria ser um auxiliar para o tratamento clínico apropriado (BAUMGARTNER; XIA, 2003).

Indicações

- sinais sistêmicos (febre, prostração, linfadenopatia);
- celulite;
- determinadas alterações cardíacas e portadores de válvulas (de acordo com as diretrizes da *American Heart Association*);
- determinados comprometimentos sistêmicos (quadro 3).

Situações relacionados com comprometimento de defesas orgânicas	
Doenças metabólicas descontroladas	• uremia • alcoolismo • desnutrição • diabetes descontrolado severo
Doenças supressoras	• leucemia • linfoma • doenças malignas
Drogas supressoras	• quimioterapia para câncer • imunossupressores

Quadro 3

Posologia

1. O antibiótico de eleição para infecções endodônticas é a penicilina (quadro 4).

Penicilinas	**Miligramas**	**Intervalo em horas**
Penicilina V	500 (= 10 ml)	6
Amoxicilina	500	8
	875	12

Quadro 4

2. Em caso de infecções que não respondem clinicamente às penicilinas, pode-se associar à penicilina que já está sendo tomada o Metronidazol (250mg): uma cápsula a cada seis horas. Outra opção é

a substituição desses medicamentos pela associação de Amoxicilina (500 mg) + ácido clavulânico (125 mg): uma cápsula a cada oito horas.

3. Em caso de alergia às penicilinas, outras drogas estão indicadas (quadro 5).

Drogas para alérgicos a penicilinas	Miligramas	Intervalo em horas
Eritromicina	500	6
Clindamicina	300	8

Quadro 7

4. A duração da antibioticoterapia para casos de infecção endodôntica aguda não foi definida precisamente. Há uma tendência na odontologia de a posologia do antibiótico ser de acordo com a remissão dos sinais e sintomas, conforme a resposta do organismo, e não necessariamente por sete dias. A utilização desses parâmetros requer, idealmente, avaliações clínicas diárias.

Condições endodônticas que não requerem antibióticos:

- pulpite irreversível;
- dor;
- edema localizado;
- prevenção de infecções pós-tratamento.

Analgésicos

1. Dores leves a moderadas geralmente podem ser controladas usando-se analgésicos não opioides:
  - Ibupofeno ou outro anti-inflamatório não esteroidal – AINE – (quadro 6), ou;
  - Paracetamol, quando os AINEs estiverem contra-indicados, ou;
  - Uma combinação dos dois pode ser considerada, uma vez que essas drogas têm sítios diferentes de ação analgésica.

Observação: Analgésicos não opioides, AINEs e paracetamol têm sido efetivamente usados para tratar pessoas com dores endodônticas. Essas drogas produzem analgesia por ações tanto nos tecidos inflamados perifericamente como em certas regiões do cérebro e da coluna espinhal (SIQUEIRA; BARNETT, 2004).

Alguns Anti-inflamatórios não esteroidais	Miligramas	Intervalo em horas
Celecoxib	200	24
Diclofenaco	50	8
Diclofenaco	75	12
Eterocoxibe	120	24
Meloxicam	15	24
Nimesulida	100	12
Piroxicam	20	24

Quadro 6

2. Se necessário, isto é, em caso de o efeito analgésico não ser adequado, um opioide pode ser acrescentado para combater dor (quadro 7). Para evitar dano hepático, não exceder quatro gramas de paracetamol diários.

Alguns analgésicos opioides	Miligramas	Intervalo em horas
Paracetamol / Codeína	500/30	6
Tramadol	50	6

Quadro 7

Os analgésicos podem ser prescritos por dois dias. Em caso de persistência de quadro de dor, a posologia pode ser estendida por mais tempo, mas de preferência o cliente deve ser reavaliado.

Referências

BAUMGARTNER, J. C.; XIA, T. **Susceptibility of Bacteria Associated with Endodontic Abscesses**. Journal of Endodontics, n. 29, p. 44-47, 2003.

KEISER, K.; HARGREAVES, K. M. **Building effective strategies for the management of endodontic pain**. Endodontic Topics, n. 3, p. 93-105, 2002.

LONGMANA, L. P. et al. **Endodontics in the adult patient**: the role of antibiotics. Journal of Dentistry, n. 28, p. 539-548, 2000.

SIGURDSSON, A. **Pulpal diagnosis**. Endodontic Topics, n. 5, p. 12-25, 2003.

SIQUEIRA, J. R.; BARNETT, F. **Interappointment pain**: mechanisms, diagnosis, and treatment. Endodontic Topics, n. 7, p. 93-109, 2004.