

Atendimento de Urgência em Endodontia

por Eduardo Luiz Barbin e Júlio César Emboava Spanó

Apresentar-se-ão, neste documento, aspectos relacionados ao acolhimento de pacientes vivenciando quadro clínico de urgência de natureza endodôntica. Discutir-se-ão elementos para diagnóstico e alternativas de tratamento com o objetivo de prover condições ao Cirurgião-Dentista de determinar condutas resolutivas que promovam, quando necessário, alívio aos pacientes.

Considerando que a determinação do plano de tratamento é diagnóstico dependente, sugere-se que a conduta geral no Atendimento de Urgência em Endodontia deva se pautar no que segue:

=> realização do diagnóstico baseado em evidências observadas passiva e ativamente;

=> determinação das prioridades;

=> tratamento clínico de urgência.

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 Cirurgiões-Dentistas o desenvolvimento constante do conhecimento tanto necessário para o diagnóstico e tratamento das Urgências de origem Endodôntica.

Para um maior domínio ou entendimento, em perspectiva, dos aspectos em torno das urgências endodônticas, é imperativo adquirir, fixar, renovar e ampliar, continuamente, os elementos tanto de diagnóstico, quanto de terapêutica. Considera-se que uma forma eficaz de alcançar tal objetivo é a leitura criteriosa do conteúdo pormenorizado constante das obras citadas e repercutidas neste documento como, também, os demais textos pertinentes da literatura científica atual.

1 Introdução

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

=> Tratamentos ou Atendimentos Eletivos;

=> Tratamentos ou Atendimentos de Urgência;

=> Tratamentos ou Atendimentos de Emergência.

O Tratamento ou Atendimento Eletivo é aquele previamente planejado no 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.

Citam-se, entre outras, 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 associados a outros aspectos da inflamação aguda levam, com mais frequência, os pacientes ao atendimento de Urgência. Silva (2010) relata: “... *casos de urgência referem-se a danos sofridos pelo paciente que não envolvam risco de morte, como dor de dente ou em alguma região da boca, problemas estéticos, entre outros...*”. O atendimento dos pacientes que vivenciam quadros dolorosos e/ou com comprometimento da apresentação pessoal, da fonação e da alimentação, mas que não correm o risco de evolução imediata do quadro clínico para o óbito é denominado de Atendimento de Urgência. Esse atendimento deve ser priorizado.

Quanto ao atendimento das Urgências Odontológicas, considerando Aspectos Éticos e Legais, deve-se observar o que segue:

Código de Ética Odontológica (CEO), aprovado pela 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 efetuar-lo, desde que realize o acolhimento e o encaminhamento, previamente notificado (referência), de forma clara, inequívoca e eficaz com relação ao endereço, às condições de deslocamento do paciente de um serviço para o outro e demais fatores que contribuam para o atendimento do paciente necessitado. Enfatiza-se a importância da comprovação prévia da operacionalidade do serviço institucional ou do colega referenciado. Silva (2010) repercutindo o inciso 5º do artigo 3º do CEO (CFO, 2003) enfatiza: “...*assegurando-se da continuidade do*

tratamento...” (ou da realização do mesmo)... “... *e fornecendo todas as informações necessárias ao Cirurgião-Dentista que lhe suceder*”.

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 óbito caso a intervenção profissional não ocorra imediatamente. Citam-se, como exemplos de condições que necessitam do Tratamento de Emergência, as obstruções totais das vias aéreas, as paradas cardíacas e as hemorragias graves. Silva (2010) relata: “... *O termo emergência refere-se a casos que envolvam risco de morte, situação pouco frequente na prática Odontológica, mas possível de ocorrência...*”.

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 colaboração entre disciplinas e profissões (Furtado, 2007), isto é, interprofissionalidade e interdisciplinaridade com Médicos, Cirurgiões-Dentistas especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial e demais profissionais da área da saúde, instituições e serviços de saúde.

1.1 Relação entre a Conduta no Atendimento de Urgência, Fluxo e Resolutividade

1.1.1 Conduta

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

Uma vez firmado o diagnóstico da morbidade que levou o paciente ao atendimento de urgência, o planejamento da conduta a ser tomada ou do tratamento a ser executado basear-se-á na determinação ou definição das ações prioritárias que deverão ser executadas para devolver a apresentação pessoal, a fonação e/ou capacidade mastigatória do paciente e, principalmente, nos casos de dor, saná-la, promovendo alívio ao paciente. A determinação do plano de tratamento também pode ser 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.

1.1.2 Fluxo e Resolutividade

O Atendimento de Urgência necessitará 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 integração com serviços eletivos bem como de um sistema de fluxo ou regulação (Portal SISREG, 2011) que permita, findo o atendimento de urgência, a referência para um atendimento eletivo possível de ser realizado em um prazo de 3 a 5 dias (ou de 2 a 5 dias) a contar da data do atendimento de urgência.

1.2 Exame de Urgência e Preenchimento do Formulário de Exame para Atendimento de Urgência

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

- => 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 com a 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 Progressiva (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 ou toque (+) (-) _____, 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 (lamparina);
- => afastador de lábio de madeira;
- => equipamento e material para anestesia;
- => transiluminador de fibra ótica.

1.2.1 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, dois grupos de ações:

- => Ações Locais;
- => Ações Sistêmicas.

As ações locais serão desenvolvidas mais adiante neste documento sempre fundamentadas na literatura e 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 (ANDALAFI 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) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

* Clavulin®: amoxicilina 500mg + ácido clavulânico (clavulanato de potássio) 125 mg.

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

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

1.2.2.2 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.

Nos casos dos atendimentos de urgência das morbidades de origem endodôntica, a utilização de instrumentos além do forame apical é sugerida no tratamento das periapicopatias agudas com finalidade de promover ou facilitar a drenagem (Deus, 1992; Leonardo, 2008; Leonardo & Leal, 1998) e caracteriza-se como um fator decisivo para a implementação da profilaxia antibiótica da endocardite bacteriana em pacientes com ocorrências sistêmicas 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.

Os Protocolos para prevenção da Endocardite Bacteriana ou Infeciosa elaborado pela “*American Heart Association*” e 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.

Anafilaxia (ou anafilaxis) é uma reação alérgica sistêmica, severa e rápida a uma determinada substância, chamada alergênico ou alérgeno, caracterizada pela diminuição da pressão arterial, taquicardia e distúrbios gerais da circulação sanguínea, acompanhada ou não de edema da glote. A reação anafilática pode ser provocada por quantidades minúsculas da substância alergênica. O tipo mais grave de anafilaxia - o choque anafilático - termina geralmente em óbito caso não seja devidamente tratado (Wikipedia. Anafilaxia. 2011).

1.3 Quadros Clínicos Frequentes nas Urgências 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 de origem endodôntica 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 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”).

2 Atendimento de Urgência do Comprometimento Pulpar (Pulpopatias)

As Pulpites Agudas ou Alterações Patológicas Pulpares Agudas podem ser divididas em dois grupos, são eles:

- => Pulpite Aguda Reversível;
- => Pulpite Aguda Irreversível.

Os pacientes que necessitam do tratamento de urgência em Endodontia geralmente buscam o serviço odontológico vivenciando quadro clínico de dor. Nesses casos, o Cirurgião-Dentista deve considerar, em perspectiva, a diversas possibilidades causais, tais como, as pulpopatias, as periapicopatias e os demais fatores causadores como, por exemplo, abscessos periodontias, entre

outros. As evidências podem ser observadas passiva e ativamente por meio dos seguintes procedimentos:

- => anamnese (interrogatório do paciente que visa determinar a história médica; a história odontológica e a história correlacionada à queixa principal),
- a intensidade e a continuidade da dor podem levar o paciente a fornecer 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.

2.1 Pulpite Aguda Reversível

Geralmente, os pacientes com dor associada à Pulpopatia, em fases iniciais, fazem uso de analgésicos e não procuram de imediato, ajuda profissional. Isso pode ser explicado pela dificuldade em acessar o serviço de saúde; compromissos profissionais, familiares e sociais ou esperança que a dor possa ser passageira. No entanto, o correto diagnóstico da Pulpite Aguda Reversível permite tratamentos resolutivos com grande probabilidade de interromper o processo patológico antes do comprometimento pulpar irreversível.

A Pulpite Aguda Reversível ou Processo Inflamatório Agudo Incipiente permite uma Conduta Geral caracterizada pelo Tratamento Conservador. Geralmente o paciente relata que a dor é provocada, mas a remissão da dor ocorre logo que o estímulo é retirado.

O quadro clínico caracteriza-se pelos seguintes aspectos:

- => hiper-algesia;
- => dor provocada com remissão rápida (a remissão pode ser lenta, mas ocorre em até 60 segundos);
- => se ocorrer dor espontânea, é intermitente e de baixa intensidade;
- => o uso de analgésicos é eficaz;
- => o aspecto macroscópico da polpa é de vitalidade/viabilidade.

O diagnóstico diferencial entre Pulpopatia Aguda Irreversível e Periapicopatia é realizado determinando-se a vitalidade pulpar por meio dos testes de sensibilidade pulpar, térmicos ou elétricos, e teste de cavidade. A constatação de vitalidade pulpar, por meio da resposta positiva ao teste de sensibilidade pulpar, sinaliza para a Pulpopatia.

Os quadros de Pulpite Aguda Reversível podem ser abordados com condutas conservadoras. 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 usuários, que a opção pelo tratamento conservador das Pulpopatias Reversíveis proveja resolutividade para uma parcela significativa da clientela atendida e, por esse motivo, a terapia conservadora, nesses casos, é uma opção ainda mais justificável.

Cabe salientar que o tratamento conservador das Pulpopatias Reversíveis, quando possível, oferece boas possibilidades de resolutividade com baixo custo e, por esse aspecto, alinha-se com as estratégias do SUS de intervir no paciente, quando a prevenção não for possível, ainda nos estágios iniciais da doença com tratamentos de baixa complexidade, ou seja, nesse caso, tentando-se evitar a evolução para as Pulpites Agudas Irreversíveis, Necroses Pulpares e Periapicopatias cujos tratamentos são bem mais complexos.

O paciente, ao optar livremente pelo tratamento conservador, deve fazê-lo esclarecido de todos os aspectos derivativos da sua escolha bem como, das alternativas de tratamento, principalmente da possibilidade do comprometimento pulpar evoluir para o quadro de Pulpite Irreversível que pode envolver dor aguda, espontânea e que não responde aos analgésicos convencionais.

Nos dentes com quadro de Pulpite Aguda Reversível sem exposição pulpar avaliada após a remoção do tecido cariado, está justificada a conduta conservadora listada a seguir:

=> Proteção Pulpar Indireta (Forramento).

A proteção pulpar Indireta deve ser realizada nos casos onde não se observa, clinicamente, a exposição pulpar com materiais biocompatíveis seguindo o disposto na literatura dos Materiais Dentários (Anusavice, 1998).

Cabe ressaltar que a proteção pulpar Indireta associada ao Tratamento Expectante é uma possibilidade terapêutica nos casos de Pulpites Agudas Reversíveis originárias de cáries profundas. O Tratamento Expectante caracterizar-se-ia pelo que segue:

=> retirada completa da cárie das paredes circundantes não voltadas para câmara pulpar;

=> retirada da dentina infectada (escurecida e que, geralmente, se desprende em lascas ou escamas) da parede voltada para a câmara pulpar;

=> manutenção da dentina desmineralizada pela cárie (dentina afetada) da parede voltada para a câmara pulpar com a intenção de evitar a exposição do tecido pulpar ao meio bucal.

Nos dentes com quadro de Pulpite Aguda Reversível e com exposição pulpar que apresentam condições macroscópicas da polpa condizentes com a viabilidade pulpar, estão justificadas as condutas conservadoras cujas opções são as seguintes:

- => Proteção Pulpar Direta (Capeamento);
- => Pulpotomia Conservadora (Mediata ou Imediata).

A Proteção Pulpar Direta (Capeamento) é indicada por Leonardo (2008) quando a polpa exposta apresenta aspectos macroscópicos de vitalidade pulpar nos casos descritos a seguir:

- => exposições pulpares acidentais assépticas (p. ex.: preparo cavitário);
- => fraturas coronárias por traumatismos dentais com ATÉ 24 horas de exposição pulpar.

A Pulpotomia Conservadora é indicada por Leonardo (2008) nos casos em que a polpa exposta apresenta aspectos macroscópicos de vitalidade pulpar, principalmente nos casos de rizogênese incompleta.

Os aspectos macroscópicos da polpa exposta que autorizam o tratamento conservador (Proteção Pulpar Direta e Pulpotomia) são os seguintes:

- => sangramento ou hemorragia suave;
- => sangue de coloração vermelho brilhante, vermelho vivo ou vermelho rutilante;
- => polpa com estrutura (encorpada, forte);
- => polpa com consistência;
- => polpa resistente ao corte e/ou remoção.

As características da polpa comprometida (tratamento conservador inviável) são as seguintes:

- => ausência de hemorragia;
- => se houver sangramento, o sangue apresenta coloração escura ou muito clara;
- => polpa sem estrutura (desencorpada, fraca);
- => polpa com consistência pastosa ou liquefeita;
- => desintegração da polpa durante sua remoção.

O autor citado relata que a Pulpotomia atinge índice de sucesso superior a 96%, tanto para dentes decíduos quanto para dentes permanentes, quando decorrente de diagnóstico acertado e executada com rigor de técnica. As indicações objetivas da Pulpotomia estão listadas a seguir:

- => exposição pulpar em meio a tecido cariado;
- => dentes jovens com rizogênese incompleta cuja polpa apresenta-se vital e inflamada;
- => 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 combinado com a aplicação de soluções biocompatíveis (solução fisiológica, solução de Ringer ou água de cal), mas admite-se isolamento relativo criterioso associado ao hipoclorito de sódio a 0,5% (Líquido de Dakin) por razões de logística do atendimento como as que, muitas vezes, ocorrem nos serviços clínicos do SUS.

2.2.1.1 Pulpotomia Conservadora Mediata

A Pulpotomia Conservadora MEDIATA como tratamento conservador proposta por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) está descrita a seguir acrescida de algumas considerações técnicas:

=> 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 primeira 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 (curetas de dentina);

=> 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

- aspiração concomitante, direta e criteriosa para se evitar o contato da solução com a mucosa bucal;

- => 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 óxido de zinco e eugenol corretamente espatulado (ponto de rolete ou 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), terapêutica endodôntica radical (Pulpectomia) ou exodontia.

2.2.1.2 Pulpotomia Conservadora Imediata

A Pulpotomia IMEDIATA como tratamento conservador proposta por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) está descrita a seguir acrescida de algumas considerações técnicas:

- => 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 primeira 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 de dentina);
- 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

- aspiração concomitante, direta e criteriosa para se evitar o contato da solução com a mucosa bucal;

=> 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 com de cerca de 1 mm de 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 + 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

- preservação do paciente e, se for o caso, realização ou agendamento da restauração definitiva se com aspectos clínicos favoráveis ou terapêutica endodôntica radical (Pulpectomia) ou exodontia.

2.2.1.3 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 sendo clinicamente favorável 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, pois pode ser removida.

2.2 Pulpites Agudas Irreversíveis

Na maioria dos casos, somente com o agravamento do quadro clínico, caracterizado pela ineficácia dos analgésicos, é que o paciente busca ajuda nos serviços odontológicos de urgência. Portanto, os quadros de Pulpopatia, frequentemente vistos nos Serviços de Pronto Atendimento das Urgências Odontológicas, caracterizam comprometimento pulpar irreversível. O paciente vivenciando um quadro de Pulpopatia Aguda Irreversível frequentemente apresenta:

=> sinais e sintomas refratários ao uso de analgésicos;

=> dor debilitante que impossibilita as atividades normais do cotidiano do paciente.

=> 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.

Como já foi dito, o diagnóstico diferencial entre Pulpopatia Aguda Irreversível e Periapicopatia é realizado determinando-se a vitalidade pulpar por meio dos testes de sensibilidade pulpar, térmicos ou elétricos, e teste de cavidade. A constatação de vitalidade pulpar, por meio da resposta positiva ao teste de sensibilidade pulpar, sinaliza para a Pulpopatia.

2.2 Do Tratamento de Urgência das Pulpopatias Agudas Irreversíveis

Uma vez 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, terapêuticas alternativas também serão apresentadas logo a seguir.

Não há diferenças significativas entre a Pulpotomia Conservadora e a Pulpotomia Paliativo, exceto pelo objetivo e pela referência para consulta eletiva. Mas, privilegiando o acesso rápido à descrição do tratamento diagnóstico dependente, repetir-se-á a descrição da Pulpotomia Mediata já realizada anteriormente com pequenas modificações nos itens citados.

Paliativo: adj (paliar+ivo) Que serve para paliar. sm 1 Medicamento que tem eficácia apenas momentânea. 2 Algo que somente entretém e prolonga um desejo ou uma esperança (Michaelis).
Paliativo: adj. 1. Que serve para paliar. s. m. 2. Remédio que não cura mas mitiga a doença. 3. Recurso para atenuar um mal ou adiar uma crise; adiamento. 4. Disfarce (Priberam).

2.2.1 Pulpotomia Paliativa Mediata

A Pulpotomia MEDIATA como tratamento paliativo de urgência dos quadros de Pulpite Aguda Irreversível proposta por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) está descrita a seguir acrescida de algumas considerações técnicas:

=> 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 primeira 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 (curetas de dentina);
- => 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
 - aspiração concomitante, direta e criteriosa para se evitar o contato da solução com a mucosa bucal;
 - => 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 óxido de zinco e eugenol corretamente espatulado (ponto de rolete ou 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
 - terapêutica endodôntica radical (Pulpectomia) ou exodontia.

2.2.2 Remoção Total da Polpa Radicular

O protocolo do Tratamento de Urgência das Pulpopatias com remoção total da polpa radicular (até o limite cimento, dentina e canal - Limite CDC) baseado em Leonardo & Leal (1998) e Deus (1992) 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 (curetas de dentina);
- => Abertura coronária completa com remoção das interferências;
- => Remoção da polpa coronária com instrumentos afiados (p.ex.: curetas de dentina ou brocas);
- => irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio a 1,0% até redução do sangramento
 - com cânulas 30G (diâmetro 30/100 mm) no Comprimento de Trabalho provisório (CTP);
- => Exploração do canal com instrumentos #10 e #15 no CTP
 - CT provisório - comprimento médio ou de 2/3 de raiz ou ainda Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4 mm,
- => Odontometria: Comprimento Real de Trabalho (CRT) com limite de 1 a 2 mm aquém do ápice radicular);
- => Remoção da polpa radicular no CRT
 - descolamento da polpa com instrumento #08 ou #10 e remoção com extirpa nervo, ou
 - remoção do tecido pulpar por fragmentação por meio de limagem no CRT com instrumentos #10 e #15;
- => irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 1,0% e aspiração;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 + 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.

2.2.1.2 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 30/100 mm) que possam atingir o CRT diminuído de 2 a 3 milímetros, aspiração e inundação após atuação de um instrumentos dentro do canal e previamente à utilização do seguinte, utilização de materiais estéreis como, p. ex., mechas de algodão e gaze e a remoção, com

frequência e dinamismo, do acúmulo de sangue na coroa dental para evitar alterações da 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. Cabe ressaltar que, nas Pulpotomias Mediatas e Imediatas, a anestesia intrapulpar deve ser aplicada apenas na polpa coronária.

O material selador provisório pode ser à base de óxido de zinco e eugenol, reforçado ou não, 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 óxido de zinco e eugenol reforçado (IRM) e o cimento de ionômero de vidro (CIV) são indicados. O CIV apresenta a vantagem de possuir a capacidade de união química à estrutura dental, mas com a desvantagem do custo mais elevado e da dificuldade de sua remoção na consulta eletiva subsequente.

2.2.3 Pulpotomia Anódina Paliativa de Urgência

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

A aplicação de anódinos ainda é utilizada no tratamento das urgências endodônticas causadas pelas Pulpopatias Agudas Irreversíveis. Essa conduta confere rapidez à consulta de urgência, mas determina o tratamento endodôntico radical nas consultas subsequentes. A sequência clínica da Pulpotomia Anódina Paliativa de Urgência (Deus, 1992) 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);

=> Toaleta e irrigação com hipoclorito de sódio;

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

- aspiração concomitante, direta e criteriosa para se evitar o contato da solução com a mucosa bucal;

=> hemostasia com irrigação copiosa;

=> secagem com mecha 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 + 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 (se formocresol ou tricresol-formalina, de 24 a 48 horas) após o atendimento de urgência,
- complementação da terapêutica endodôntica radical ou exodontia.

2.2.4 Simples Exposição Pulpar Associado à Aplicação de Anódino

Esta opção de tratamento de urgência para casos de Pulpopatia Aguda Irreversível pode ser empregada quando o Cirurgião-Dentista está em dúvida e/ou pretende encaminhar o paciente para o Especialista em Endodontia. A sequência clínica da Simples Exposição Pulpar Associado à Aplicação de Anódino (Deus, 1992) 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;
- => 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;
- => hemostasia por meio de irrigação copiosa;
- => secagem com mecha de algodão estéril;
- => acomodação de uma nova mecha de algodão estéril sobre a polpa exposta 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 + 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 (se formocresol ou tricresol-formalina, de 24 a 48 horas) 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 há 48 horas. Caso contrário, deve-se procurar lançar mão de alternativa para o tratamento da urgência da Pulpopatia Aguda Irreversível.

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 pulpares vitais e esses achados autorizam a Pulpotomia Conservadora Mediata ou Imediata, a qual é ainda mais importante nos casos de rizogênese incompleta.

Nos casos cuja evolução clínica é desfavorável, a Biopulpectomia com remoção total da polpa radicular até o limite CDC deve ser indicada e realizada em consultas eletivas.

Caso haja aspecto macroscópico da polpa de inviabilidade, o tratamento de urgência de Pulpotomia Paliativa Mediata (Leonardo, 2008) ou Pulpotomia Anódina Paliativa (Deus, 1992)

complementada no atendimento eletivo pela Biopulpectomia com remoção total da polpa radicular até o limite CDC 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 a 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 Conservadora Mediata ou Imediata (importante nos casos de rizogênese incompleta).

No entanto, a ocorrência de locais onde não há aderência 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 indicado seria a Pulpotomia Paliativa Mediata (Leonardo, 2008) ou Anódina Provisória (Deus, 1992) complementada no atendimento eletivo pela Biopulpectomia com remoção total da polpa radicular até o limite CDC como já descrito nos casos das Pulpites Agudas Irreversíveis.

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 com remoção total da polpa radicular até o limite CDC.

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 pulpare 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 do tratamento sem isolamento do campo operatório 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 pulpopatia 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 Pulpite Aguda Reversível que culmina, caso não haja intervenção do Cirurgião-Dentista, na crise dolorosa da Pulpite Aguda 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 despercebida pelo paciente e sendo descoberta em exame de rotina (teste de sensibilidade pulpar), quando se associa à periapicopatia crônica (teste de sensibilidade pulpar e exame radiográfico) ou pelo escurecimento da coroa dental. Cabe salientar que a polpa necrosada não responde aos testes de sensibilidade pulpar ao frio e elétricos. O calor pode elevar a pressão da câmara pulpar e canal radicular pelo aquecimento dos gases gerados na necrose/gangrena pulpar (p. ex.: cadaverina e putrecina) podendo causar dor apical e confundir o diagnóstico (resposta falso positiva ao teste de sensibilidade pulpar).

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 Apical Aguda ou 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 como, por exemplo, prescrição de vitamínico.

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

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

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 de agentes etiológicos que podem chegar ao periodonto apical via canal radicular através do forame apical (químicos e bacterianos).

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 clinicamente mais evidente, mais significativo ou mais intenso, sinaliza para Abscesso Dentoalveolar Agudo em Fase Inicial.

3.1.1 Periodontite Apical Aguda Traumática

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 da 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:

- => sobre-instrumentação - 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);
- => sobre-obturação com posicionamento, além-forame, de cones de guta-percha (injúria física iatrogênica);
- => extravasamento de cimento endodôntico além-forame que causa estímulo químico e 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, se dose irregular);
- => necrose/gangrena pulpar (injúria bacteriana);
- => extrusão de material séptico além-forame apical (injúria bacteriana que pode ser iatrogênica).

3.1.1.2.1 Tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda por Injúrias Físicas Via Canal

O tratamento de urgência da Periodontite Apical Aguda decorrente de injúria física via canal radicular através do forame apical geralmente ocorrida no transcorrer das Biopulpectomias proposto por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) está descrito 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 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 CRT subtraído de 2 a 3 mm;

- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 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 + 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
- manutenção do curativo com Otosporin por 48 a 72 horas,
- complementação da terapêutica endodôntica radical e preservação do paciente.

3.1.1.2.2 Tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda - 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 proposto por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) está descrito 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 do material selador provisório;
- => Remoção do curativo irritante;
- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5% com cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada por cursor a CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => aspiração e secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 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 + 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 a contar da data do atendimento de urgência após o desaparecimento dos sintomas (complementação da terapêutica endodôntica radical).

O tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda causada por injúrias decorrentes de agentes químicos ou medicamentosos enérgicos utilizados como medicação intracanal proposto por Deus (1992) está descrito a seguir:

- => 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 CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => Desbridamento ou patência;
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CRT adicionado de 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 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 Periodontite Apical Aguda - Injúria Química - Extrusão de Cimento Endodôntico

Normalmente, a Periodontite Apical Aguda decorrente de extrusão de cimento endodôntico através do forame apical 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 estruído geralmente é totalmente reabsorvido em 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

O Tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda ou Pericementite Apical Bacteriana oriunda de Injúrias Canaliculares Bacterianas proposto por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) está descrita a seguir:

- => 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%
 - CTP de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4 mm,
 - alternativa: Neutralização segundo Técnica de Instrumentação de Óregon;
- => Odontometria (CRT com limite de 1 mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CRT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada com curso ao CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => Desbridamento/patência foraminal
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitado com cursor ao CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => aspiração e secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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.

O Tratamento de Urgência da Periodontite Apical Aguda ou Pericementite Apical Bacteriana oriunda de Injúrias Canaliculares Bacterianas proposto por Deus (1992) está descrita a seguir:

- => 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;
- => Neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico com instrumentos da série especial (cateterismo) concomitante com irrigação e aspiração com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25%
- => 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);
 - 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 (CRT com limite de 1 mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CRT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor com CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => Desbridamento/patência foraminal
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor com CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CRD acrescido de 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 cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor com CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => aspiração e secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e cones de papel absorvente);
- => manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;
- => irrigação abundante limitada com cursor com CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => 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 + 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) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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 dois dias após o atendimento de urgência, exceto naqueles casos nos quais o paciente, embora em quadro de melhora, ainda não saiu da fase aguda, ou seja, 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 neutrofilico 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 fistulas 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 ao 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 do forame apical;
- => resistência orgânica (condições do sistema imunológico) 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. Reitera-se que, segundo Furtado (2007), a interprofissionalidade e interdisciplinaridade com Médicos, Cirurgiões-Dentistas especialistas em Cirurgia Bucomaxilofacial e demais profissionais da área da saúde, instituições e serviços de saúde é um fator fundamental para a resolutividade.

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 cemento radicular e cortical óssea alveolar intacta);
- => compartimento intra-ósseo (osso esponjoso);
- => compartimento subperiosteal;
- => compartimento dos tecidos moles profundos;
- => compartimento sub-mucoso ou sub-cutâneo.

Forames apicais fechados (de diâmetro inferior a cerca de 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 cerca de 30/100 mm), 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 dos compartimentos além-forame 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 - tecidos moles profundos (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, pericementa, 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 sistêmicas caso não sejam tratados adequadamente. O Cirurgião-Dentista deve dedicar extrema atenção ao paciente vivenciando tais ocorrências para tratar adequadamente e evitar 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 baseado no proposto por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) que inclui abordagem local e sistêmica consisti do que segue:

=> 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, alívio inicial da dor)

- dando-se preferência à 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%
- CTP igual ao comprimento médio do dente ou de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente (CAD) subtraído de 2 a 4 mm,
- alternativa: Neutralização segundo Técnica de Instrumentação de Óregon;
- => Odontometria (CRT com limite de 1 mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CRT
- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 2 a 3 mm
- se isolamento relativo, aspiração concomitante para evitar o contato da solução irrigadora com a cavidade bucal;
- => Desbridamento/patência foraminal até instrumentos de 15# ou 20#
- recomenda-se ligeiro transpasse do forame apical neste caso (CRD acrescido de 2 mm);
- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 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)
- não se deve pendular cânula metálica para evitar fratura dental ou utilizar cânula flexível;
- => aspiração;
- => irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor ao CT subtraído de 2 mm;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 óxido de zinco e eugenol;
- => esclarecimento da possibilidade de evolução para quadro de reagudamento;
- => instrução de bochechos com solução resolvente (anti-séptica) aquecida (morna);
- => 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) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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;

O tratamento de urgência do Abscesso Dento-Alveolar Agudo Inicial ou em Fase Inicial baseado no proposto por Deus (2002) que inclui abordagem local e sistêmica consisti do que segue:

=> 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 4 mm,
- => 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),
- se isolamento relativo, evitar o contato da solução irrigante com a cavidade bucal por meio de irrigação criteriosa;
- => 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 ao CT subtraído de 2 a 3 mm;
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CRD + 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 subtraído 2 mm;
- => aspiração;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e cones de papel absorvente);
- => manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;
- => irrigação abundante;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 + 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) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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 nos compartimentos periodontal, intra-ósseo, subperiosteal e 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, sendo que o 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 (diminuição das forças do organismo);

=> 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 sugerido por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) adicionado de algumas considerações técnicas, que inclui abordagem local e sistêmica, é semelhante ao executado para a fase INICIAL e consiste do que segue:

=> 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 à 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 4 mm,
- se com isolamento relativo, evitar o contato da solução irrigante com a mucosa bucal por meio de aspiração criteriosa,
- irrigação com cânula limitada por cursor no CTP subtraído de 2 a 3 mm,
- => Odontometria (CT com limite de 1 mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CRT
- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/ 100mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 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 (CRD + 2 mm);
- irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 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
- evitar o movimento de pêndula ou utilizar cânula flexível para impedir a fratura dental;
- => irrigação abundante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100 mm) limita com cursor ao CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 oxido de zinco e eugenol;
- => **CONTRA-INDICA A DRENAGEM CIRÚRGICA, ALÉM DE SER INEFICAZ NESSE CASO**
- a exceção deve ser justificada 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 +	Acetaminofeno 1000 mg a cada 6 horas + Oxidodona 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 latrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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;

O tratamento de urgência do Abscesso Dento-Alveolar Agudo EM EVOLUÇÃO sugerido por Deus (2002) adicionado de algumas considerações técnicas, que inclui abordagem local e sistêmica, é semelhante ao executado para a fase INICIAL e consiste do que segue:

=> 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

- 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 4 mm,
- => Odontometria (CRT com limite de 1 mm 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 30/100 mm)
 - cânula limitada com cursor ao CRT subtraído de 2 a 3 mm,
 - se isolamento relativo, evitar contato da solução irrigante com a mucosa bucal por meio de aspiração criteriosa;
- => Desbridamento/patência foraminal
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 2,6 a 5,25% com cânulas 30G (diâmetro 30/ 100mm)
 - cânula limitada com cursor ao CRT subtraído de 2 mm,
 - se isolamento relativo, evitar contato da solução irrigante com a mucosa bucal por meio de aspiração criteriosa;
- => Manobra de Matsumiya, trespasse do forame apical com instrumento intracanal (CRT + 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 30/100 mm)
 - cânula limitada com cursor ao CRT subtraído de 2 mm,
 - se isolamento relativo, evitar contato da solução irrigante com a mucosa bucal por meio de aspiração criteriosa;
- => aspiração e secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e cones de papel absorvente);
- => manutenção do canal aberto por 5 a 10 minutos;
- => irrigação abundante;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 + 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	Acetaminofeno 600 a 1000 mg + Codeína 60 mg 1 comprimido a cada 6 horas

	Codeína 60 mg, 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) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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 ameniza 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 do Abscesso Dentoalveolar Agudo Evoluído (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 ou 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 do Abscesso Dento-alveolar Agudo Evoluído

O tratamento de urgência do Abscesso-Dento Alveolar Agudo Evoluído, sugerido por Leonardo & Leal (1998) e Leonardo (2008) adicionado de algumas considerações técnicas, que inclui abordagem local e sistêmica, é semelhante ao 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 à 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 30/100 mm) limitada com cursor ao CT subtraído de 2 a 3 mm
 - se isolamento relativo, evitar o contato da solução irrigante com a mucosa bucal por meio de aspiração criteriosa,
 - CT Provisório de 2/3 de raiz ou Comprimento Aparente do Dente subtraído de 2 a 4 mm,
- => Odontometria (CRT com limite de 1 mm aquém do ápice radicular);
- => Complementação da neutralização e remoção imediata do conteúdo séptico/tóxico no CRT
 - irrigação abundante concomitante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânulas 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 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 cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 2 a 3 mm;
- => mesmo sem a drenagem de exsudato purulento via canal (a drenagem é improvável nesse caso), executar aspiração com cânula adaptada cuidadosamente ao interior do canal radicular sem movimentos de pêndulo ou utilizando cânula flexível para evitar fratura dental;

=> irrigação abundante com hipoclorito de sódio de 0,5 a 1,0% com cânula 30G (diâmetro 30/100 mm) limitada com cursor ao CRT subtraído de 2 a 3 mm;

=> secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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 do dreno com pinça, remoção do excesso e sutura incluindo o dreno,

- se extraoral (derme – pele), acomodar boa quantidade de bandagem ou gaze fixando-as frouxamente,

- 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 (morna);

=> 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	Clindamicina 600 mg

	8/8 horas	8/8 horas – 7 dias
Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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;

O tratamento de urgência do Abscesso-Dento Alveolar Agudo Evoluído, sugerido por Deus (2002) adicionado de algumas considerações técnicas, que inclui abordagem local e sistêmica, é semelhante ao 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 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 4 mm,

- se com isolamento relativo, evitar o contato da solução irrigante com a mucosa bucal por meio de aspiração criteriosa,

- limitar a cânula de irrigação com cursor no CTP subtraído de 2 a 3 mm;

=> Odontometria (CRT 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 30/100 mm)
- limitar a cânula de irrigação com cursor no CRP subtraído de 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 (CRD + 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 30/100 mm) limitado com cursor a CRT subtraído de 2 mm;
- => aspiração;
- => secagem (aspiração com cânula de pequeno calibre e 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;
- => 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 – 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 do dreno com pinça, remoção do excesso e sutura incluindo o dreno,
- se extraoral (derme – pele), acomodar boa quantidade de bandagem ou gaze fixando-as frouxamente,

- 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 + 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) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.	

=> 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 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.

3.3 Abscesso Fênix e Abscesso Iatrogênico.

O reagudecimento 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 reagudamento 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 todas 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%)

- poder-se-ia considerar adequada a solução de hipoclorito de sódio a 2,5%;

=> Prescrição de Antibiótico

Abscesso Fênix e Iatrogênico	Amoxicilina 500 mg somada ao Ácido Clavulânico (clavulanato de potássio) 125 mg*, 8/8 horas, 7 dias. Ref.: Clavulin®.
------------------------------	---

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

O é uma condição inflamatória aguda que ocorre durante e, mais frequentemente, após seções endodônticas de terapêuticas radicais. No tratamento de urgência do “FLARE-UP”, faz-se o tratamento diagnóstico dependente correspondente, antes ou após a obturação endodôntica.

3.3.1 Quadro Clínico e Tratamento de Urgência do “FLARE-UP”

Uma vez que o conceito de “FLARE-UP” é o de uma condição inflamatória aguda especificamente ocorrida durante ou logo após uma intervenção endodôntica, o seu tratamento diagnóstico dependente deverá ser determinado considerando o conjunto de evidências observadas passiva e ativamente pelo Cirurgião-Dentista dentre aqueles já apresentados neste documento.

3.5 Considerações Finais sobre a Conduta Frente às 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, por exemplo, patologias crônicas descompensadas (ex.: diabetes), doenças infecto-contagiosas (ex.: AIDS) entre outras.

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, ainda, do Serviço de Saúde Municipal (p. ex.: serviços médicos de emergência e Pronto Socorros) 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 preexistentes. 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 adequada 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 impressa do medicamento ou versões eletrônicas de procedência, como, por exemplo, as do Bulário Eletrônico da ANVISA (Busca Eletrônica pelo nome do princípio ativo <http://www.anvisa.gov.br/bularioeletronico/default.asp>).

4 Posologias e Informações Técnicas

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>

Tylox® 7,5 mg / 30 mg comprimidos (paracetamol, fosfato de codeína). Comprimidos de 7,5 mg ou 30 mg em embalagens com 12 comprimidos.

COMPOSIÇÃO

Cada comprimido de 7,5 mg contém:

paracetamol 500 mg

fosfato de codeína 7,5 mg

Cada comprimido de 30 mg contém:

paracetamol 500 mg

fosfato de codeína 30 mg

INDICAÇÕES

Tylox® 7,5 mg é indicado para o alívio de dores de intensidade leve, como as que acompanham os estados gripais e pequenos ferimentos ou contusões.

Tylox® 30 mg é indicado para o alívio de dores de grau moderado a intenso, como nas decorrentes de traumatismo (entorses, luxações, contusões, distensões, fraturas), pós-operatório, pós extração dentária, neuralgia, lombalgia, dores de origem articular e condições similares.

POSOLOGIA

A dose deve acordo com o processo doloroso, recomenda-se: Tylox® 7,5 mg = 1 comprimido a cada 4 horas. Tylox® 30 mg = 1 comprimido a cada 4 horas. Nas dores de grau mais intenso (como por exemplo, as decorrentes de determinados pós-operatórios, traumatismos graves, neoplasias) recomendam-se 2 comprimidos a cada 4 horas, não ultrapassando o máximo de 8 comprimidos em um período de 24 horas.

<<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25848-1-0%5D.PDF>>

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>

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>

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>

Clavulin® (amoxicilina + clavulanato de potássio). Comprimido revestido: embalagens com 12 e 18 comprimidos de 500mg + 125mg.

Composição:

amoxicilina (sob a forma de amoxicilina triidratada)..... 500 mg

ácido clavulânico (sob a forma de clavulanato de potássio) 125 mg

excipientes q.s.p. 1 comprimido

Em Adultos e crianças acima de 12anos, um comprimido de CLAVULIN 3 vezes/dia. Para minimizar a intolerância gastrointestinal potencial, administrar o medicamento no início da refeição. A absorção de Clavulin é favorecida quando o medicamento é administrado no início da refeição. O tratamento não deve ser estendido por mais de 14 dias sem revisão.

<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B30767-1-0%5D.PDF>

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. <<http://www4.anvisa.gov.br/BularioEletronico/>>.

ANVISA: Bulário Eletrônico. Clavulin®. <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B30767-1-0%5D.PDF>>.

ANVISA: Bulário Eletrônico. Clavulin®BD. <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25670-1-0%5D.PDF>>.

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>>.

ANVISA: Bulário Eletrônico. Tylex <<http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B25848-1-0%5D.PDF>>.

CFO. Conselho Federal de Odontologia (Código de Ética Odontológica). Aprovado pela Resolução CFO-42 de 20 de maio de 2003. Acesso em 09/04/2011. <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., LEPORTE 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, Patoarregal, Classificação das Infamações (abscesso). Acesso em 09/12/2009. <<http://www.fo.usp.br/lido/patoarregal/patoarteinf9.htm#abscesso>>

FO-USP: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Patoarregal, Classificação das Infamações (Flegmão ou Celulite). Acesso em 09/12/2009. <<http://www.fo.usp.br/lido/patoarregal/patoarteinf9.htm#flegm%C3%A3o>>

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 22, Aug. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Apr. 2011. doi: 10.1590/S1414-32832007000200005.

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.

Michaelis. Dicionários. <<http://michaelis.uol.com.br/>>.

Priberam. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <<http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=paliativo>>.

Portal SISREG. REGULAÇÃO NO SUS. 2011. <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/reg_control01.htm>.

SILVA, R. H. A. Orientação profissional para cirurgião-dentista. São Paulo: Santos, 2010.

Wikipedia. Anafilaxia. <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Anafilaxia>>.

Edição	Atualizado
Corpo Editorial da Plataforma PECOS Plataforma de Ensino Continuoado de Odontologia e Saúde	Abril de 2011