

Urgências e Emergências Odontológicas: protocolo para atendimento em UPAs

Nome do Aluno: Cristhian Augusto Drovetto

Nome da Orientador(a): Raquel Xavier De Souza Saito

Introdução

Frequentemente as UPAs recebem pacientes querendo receber tratamento dentário básico e ou ser encaminhado para o tratamento especializado no CEO. Nas avaliações nem sempre esses pacientes estão com algia, o que não caracteriza urgência e emergência. Situações frequentes, pois geralmente nas UBS o agendamento é muito longo, em média de 2 a 3 meses, período longo para se aguardar que contribui para número alta de faltas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

De acordo com a literatura científica, podemos observar que as doenças bucais não ameaçam a vida diretamente, no entanto, constituem importantes problemas de saúde pública. As razões de sua relevância estão na demanda elevada aos serviços, impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em relação à dor, ao desconforto, à limitação e à deficiência social e funcional interferindo sobre a qualidade de vida (FIGUEIREDO, 2004; MAZZILLI, 2008).

Em face aos diversos desafios encontrados diante das dificuldades na atenção à saúde bucal no serviço público, como forma de tentar solucionar os problemas enfrentados, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram incorporadas ao Programa de Saúde da Família em busca da redução dos índices de morbidades bucais e de tornar o acesso à saúde bucal menos iníquo. Há evidências de que as ações de atenção primária intervêm na resolução da maioria dos problemas em saúde, inclusive é recomendado que o atendimento de urgência ocorresse na Unidade Básica, podendo haver o encaminhamento ao CEO ou hospital, de acordo com a gravidade e extensão do problema e das condições físicas do usuário (BRASIL, 2006).

Diversos estudos mostram que mesmo em locais com uma rede e modelo de atenção de saúde organizada e hierarquizada a partir da atenção básica, os casos de urgência odontológica são frequentes e necessitam de cuidados específicos, em que centros de referência podem ser uma solução para aumentar a resolutividade do modelo de atenção proposto, principalmente ao alívio da dor (GOES, WATT, 2007).

Objetivo Geral

Criar um guia básico para padronizar os atendimentos prestados na UPA 24 horas, considerando as particularidades dos serviços de urgência e emergência.

Método

Local: UPA região Norte. Município de São José do Rio Preto-SP.

Público-alvo: Pacientes com dores de origem odontológica.

Participantes: Cirurgiões dentista da UPA

Ações:

Através deste guia será realizado uma reunião com os cirurgiões dentista plantonista do UPA, serão explanadas as principais queixas dos usuários como proceder para o tratamento.

Deve-se primeiro durante a anamnese, verificar a história médica do paciente, observar os sinais vitais, tais como taxa de glicemia e pressão arterial e analisar os possíveis riscos. Após interpelar o paciente sobre a queixa principal e as características da sintomatologia presente, realizar os exames extraoral e intraoral (palpação, percussão, teste de vitalidade, radiografia, entre outros).

Em suma, coletar de maneira criteriosa as características da dor relatadas pelo paciente, em associação aos exames e testes clínicos que serão elucidados mais a frente, darão segurança ao cirurgião dentista para estabelecer o diagnóstico mais provável e conseqüentemente a abordagem clínica mais adequada para alívio do quadro inflamatório/infeccioso e alívio da sintomatologia dolorosa do paciente.

Anamnese

A anamnese nada mais é que um instrumento que o médico ou dentista tem para conhecer um pouco mais sobre sua história médica. Assim, qualquer tratamento mais invasivo que tenha necessidade de se realizar, o será feito com mais segurança. ⁸

Sinais Vitais

Verificação de pressão e teste de glicemia (dextro)

Classificação dos valores pressóricos.

| Categoria | Sistólica | Diastólica |
|-----------------------|-----------|------------|
| Ótima | <120 | <80 |
| Normal | <130 | <85 |
| Normal alta | 130 a 139 | 85 a 89 |
| Hipertensão estágio 1 | 140 a 159 | 90 a 99 |
| Hipertensão estágio 2 | 160 a 179 | 100 a 109 |
| Hipertensão estágio 3 | >180 | >110 |

Pacientes com hipertensão será feito a medicação e encaminhado para o médico clínico geral para atendimento e orientado ao paciente retornar após controle da hipertensão.

Teste glicêmico

O dextro do paciente deverá estar menor que 140 mg/dL, caso este valor for maior o paciente será medicado e encaminhado para o médico clínico geral para exames laboratoriais.

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2016

Notas:- Glicemia de jejum: ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.

- Glicemia ao acaso: glicemia realizada em qualquer hora do dia sem levar em consideração o tempo desde a última refeição. O diagnóstico deve ser confirmado medindo a glicemia em jejum ou 2 h após o TTOG.

- TTOG (Teste de Tolerância Oral a Glicose): é a medida da glicemia basal e 2 horas após a ingestão de 1,75 g/Kg de glicose (máx. 75 g).

- Um resultado positivo em qualquer dos testes acima deverá ser confirmado nos dias subsequentes medindo a glicemia em jejum ou 2 h após o TTOG.

Testes Clínico

Palpação:

Segundo Alvares et al (2001), a palpação digital pode ser feita tanto intra quanto extrabucal, em busca de alterações da normalidade, localizadas na região de fundo de sulco vestibular e tecidos moles adjacentes ao elemento dentário suspeito, quando encontradas regiões edemaciadas ou tumefações significará envolvimento inflamatório a nível de periapical, quando esse envolvimento possuir caráter agudo, normalmente a palpação virá acompanhada de relato de dor pelo paciente.

Muitas vezes a tumefação já é observada ao exame visual, porém a palpação digital se torna necessária para determinação da consistência, endurecida ou amolecida do edema, sendo importante para fins diagnósticos da fase em que se encontra a patologia. A palpação extrabucal visa uma correta pesquisa dos linfonodos submandibulares, para observar se estão infartados ou não, para isso inclina-se a cabeça do paciente para o lado em que se vai verificar, os dedos deverão palpar a região submandibular, com movimentos para frente e para trás e vice-versa, serão percebidos pequenos nódulos, que quando alterados provocarão certa dor ao toque. O mesmo exame deve ser realizado também nos linfonodos cervicais, realizado facilmente inclinando a cabeça do paciente para o lado que se vai examinar e palpando a região vizinha ao trajeto da veia jugular.

Teste de mobilidade dentária:

Os testes de mobilidade dentária podem ser realizados apreendendo-se o elemento dentário a ser examinado entre os dedos e movimentando-o, caso haja mobilidade significa que os tecidos de sustentação estão comprometidos. Segundo Alvares et al (2001), somente o exame radiográfico será capaz de elucidar a extensão e localização do problema. Na imagem radiográfica as reabsorções dos tecidos de sustentação podem estar a nível de periápice, indicando patologias

de origem endodôntica, ou reabsorções a nível ósseo, horizontal ou vertical, indicando patologias de origem periodontal, como a formação de bolsas e abscessos periodontais, ou ainda uma associação das duas situações.

Teste de percussão dentária:

Teste clínico que visa a localização da dor e sua intensidade. Para isso, utiliza-se de pequenas batidas realizadas com instrumento metálico, como o cabo do espelho, no elemento dentário suspeito, em busca de um estímulo doloroso relatado pelo paciente, quando a percussão é realizada no longo eixo do dente e é sintomática, provavelmente a sede da patologia encontra-se na região do periápice, enquanto a percussão realizada no sentido horizontal que apresenta relato de dor, pode levar a concluir envolvimento do ligamento periodontal, além de envolvimento a nível de terço médio e cervical. Em alguns casos o paciente relata dor a mastigação, portanto o exame de percussão deverá ser realizado da forma mais leve possível para evitar exacerbação exagerada do quadro doloroso. (ALVARES; ALVARES 2001).

Teste da cavidade:

Esse teste é realizado em elementos já cavitados, para determinação da vitalidade pulpar, para tanto se utiliza a sonda nº5 que deverá estar em contato com a dentina, caso haja vitalidade provavelmente haverá dor. Em casos nos quais existam muito tecido cariado e amolecido esses deverão ser retirados antes do teste. O uso de instrumentos rotatórios para realização do exame deverá ser feito com brocas em baixa rotação retirando-se dentina comprometida até que haja estímulo positivo, e cessado o corte, já que esse teste é realizado sem o uso de qualquer anestesia, ou até que se caia na cavidade pulpar, indicando um quadro de necrose. (ALVARES; ALVARES, 2001).

Exame radiográfico

Segundo Alvares et al (2001), os exames radiográficos mais usados são as tomadas periapicais realizados no momento do diagnóstico. A imagem radiográfica deverá ser analisada detalhadamente, com todos os constituintes analisados em busca de alterações da normalidade, e não somente o elemento suspeito, mas todas as regiões vizinhas, desde a coroa até o ápice. Algumas das alterações da normalidade que podemos observar nas radiografias periapicais são inúmeras, mas as mais frequentes são:

- Presença de cárie;
- Alteração no periodonto apical;
- Dentes restaurados;
- Dentes Inclusos;
- Fraturas dentárias tais como: coronárias ou radiculares;
- Reabsorções internas;
- Áreas radiolúcidas periapicais circunscritas ou difusas;
- Trepanações dentárias;
- Fragmento de lima endodôntica retida no canal;
- Reabsorções de caráter periodontal, podendo ser localizada ou difusa, horizontal ou vertical, além da verificação da presença de bolsas periodontais profundas;

Após elucidados os principais testes que constituem o exame para fins diagnósticos das dores de origem dentária, serão abordados os protocolos de atendimento contendo a abordagem clínica mais adequada, baseada no diagnóstico mais provável após coleta da anamnese, história dentária, tomada radiográfica, testes de palpação, percussão, testes térmicos, testes com anestesia (se necessário) e teste da cavidade (se houver). (ALVARES; ALVARES, 2001).

Os tipos de algias que receberão tratamentos na UPA.

Pulpite Irreversível ou aguda: A dor nesses casos é intensa, constante, pulsátil, muitas vezes difusa, normalmente aliviada pelo frio e aumentada pelo calor. O caráter muitas vezes difuso da dor pode representar um empecilho ao diagnóstico, pela dificuldade em se localizar o elemento comprometido, porém ao se unir os dados da anamnese, exame clínico corretamente, raio x se necessário.

Necrose Pulpar: necrose pulpar é o estágio final do processo inflamatório pulpar, e pode ocorrer sob duas formas distintas, a crônica ou a aguda

Nestes casos após descobrir dente que está com algia, o mesmo deverá ser aberto com acesso dos canais radiculares, deverá ser colocado o curativo de demora, utilizando formocresol ou Paramono, fechando o dente com selamento provisório. O paciente receberá orientação para ir em sua UBS ou UBSF de origem, com um papel timbrado indicando o dente e o procedimento que foi realizado, o dentista poderá encaminhar para CEO, para poder realizar a endodontia.

Abcesso Dento-alveolar: Esse processo evolui invadindo os tecidos de menor resistência até encontrar um ponto de drenagem, quando não encontra pontos de drenagem a coleção purulenta se concentra de maneira a formar pontos de tumefação e rubor, o que via de regra é bastante doloroso para o paciente. Esses pontos de tumefação podem estar contidos no vestíbulo próximo ao periápice do elemento envolvido, ou até mesmo ser observadas assimetrias faciais decorrentes do inchaço causado pelo abscesso dento-alveolar.

Tratamento:

Em situações de drenagem via canal o elemento seria deixado aberto para completa drenagem do conteúdo purulento, ou realizar uma incisão no ponto de flutuação, com a colocação de dreno, prescrição medicamentosa de antibióticos e analgésicos.

Estes dentes poderão ser feito abertura endodôntica e ou a extração do mesmo caso o dente não possua mais estruturas de suporte

Abcesso periodontal: Prescrição medicamentosa de antibióticos e encaminhada para UBS/UBSF para encaminhamento para CEO

Pericoronarite: Orientação sobre higienização do local, prescrição medicamentosa e encaminhada para UBS/UBSF para encaminhamento para CEO

Alveolite: curetagem do alvéolo e limpeza com soro fisiológico e colocação de medicamentos dentro do alvéolo

Traumatismos dentários e suas complicações: Realizar inspeção intra-bucal de lesões da mucosa bucal ou gengival, onde fragmentos de dente podem estar nos tecidos moles comprometidos; verificar sangramentos, edemas, lacerações de mucosas e tecidos gengivais. Para facilitar a avaliação, coágulos e outros resíduos podem ser removidos com gaze umedecida em soro fisiológico.

Realizar exame das coroas dentárias para avaliar presença e extensão das trincas e fraturas, exposição pulpares ou alterações da cor da coroa do dente; exame dos dentes verificando deslocamento como intrusão, extrusão, deslocamento lateral, avulsão ou mobilidade anormal do bloco dento-alveolar; avaliação da oclusão; palpação do processo alveolar; reação dos dentes à percussão; testes de sensibilidade dentária.

A mobilidade dentária será investigada tomando-se o cuidado de distinguir dentes recém-irrompidos com raízes incompletas além de dentes decíduos com reabsorção radicular que possuem mobilidade não relacionada com o trauma. Quando ocorre o movimento em bloco de vários dentes, uma fratura do processo alveolar pode estar presente.

| DIAGNÓSTICO | TRATAMENTO |
|---|--|
| Fratura de esmalte e dentina, SEM exposição pulpar | Avaliar proximidade com a polpa, realizar proteção pulpar (se necessário), restauração provisória ou restauração definitiva (convencional, ou colagem do fragmento). Acompanhar mensalmente por 6 meses (vitalidade pulpar). |
| Fratura de esmalte, dentina, COM exposição pulpar e RIZOGÊNESE INCOMPLETA | Avaliar tempo e tamanho da exposição pulpar; realizar teste de sensibilidade pulpar. Microexposição pulpar: capeamento pulpar, proteção com CIV; restaurar provisoriamente ou definitivamente (restauração |
| Fratura de esmalte, dentina, COM exposição pulpar e RIZOGÊNESE COMPLETA | Independente do tamanho da exposição pulpar: - Iniciar pulpectomia; - Restauração provisória. Tratamento definitivo: pulpectomia e restauração definitiva (restauração convencional ou colagem do fragmento). Avaliar a cada 30 dias nos primeiros 6 meses. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos. |
| Fratura coronaradicular (Esmalte, dentina e cimento) | Avaliar extensão da fratura e se é possível restaurar. Se o fragmento estiver aderido ao periodonto: - Lavar área com soro, reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com contenção de RC apenas até permitir sua remoção na sessão seguinte. Se o fragmento não possibilitar reposição: - Remover fragmento; - Proteção pulpar; - Restauração provisória. Tratamento definitivo: expor limite subgengival (gengivectomia ou extrusão ortodôntica; |

| | |
|---|--|
| | <p>restabelecer distâncias biológicas).</p> <p>Após aguardar o processo da cicatrização do periodonto, os procedimentos restauradores compatíveis com o caso devem ser estabelecidos (restauração direta ou colagem do fragmento).</p> <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por 2 semanas.</p> <p>Avaliar mensalmente nos primeiros 6 meses, e avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos.</p> |
| Fratura corono-radicular (Envolve esmalte, dentina, polpa e cimento). | <p>Avaliar extensão da fratura e se é possível restaurar.</p> <p>Se o fragmento estiver aderido ao periodonto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar área com soro e reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com contenção de resina composta, apenas até permitir sua remoção na sessão seguinte. <p>Se o fragmento não possibilitar reposição:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover fragmento (exposição pulpar); - Rizogênese incompleta: realizar pulpotomia; - Rizogênese completa: iniciar pulpectomia; - Restauração provisória. <p>Tratamento definitivo: expor limite subgingival (gingivectomia ou extrusão ortodôntica; restabelecer distâncias biológicas).</p> <p>Após aguardar o processo da cicatrização do periodonto, os procedimentos restauradores compatíveis com o caso devem ser estabelecidos (restauração direta ou colagem do fragmento).</p> <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por 2 semanas.</p> <p>Avaliar mensalmente nos primeiros 6 meses, e avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos.</p> |
| Fratura radicular horizontal | <ul style="list-style-type: none"> - Remover o fragmento; |

| LESÕES DAS ESTRUTURAS DE SUPORTE | |
|----------------------------------|--|
| Concussão | <p>Dente sensível ao toque, porém sem mobilidade, deslocamento ou hemorragia do sulco gengival. Realizar teste de sensibilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar contenção semi-rígida ou flexível, para comodidade do paciente, durante 7-10 dias. - Realizar alívio oclusal. <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.</p> <p>Avaliar a cada 15 dias, nos primeiros 2 meses; depois avaliar a mensalmente até completar 6 meses; avaliar</p> |

| | |
|------------|--|
| | semestralmente nos próximos 2 anos. |
| Subluxação | <p>Dente sensível ao toque; pode apresentar pequena mobilidade, porém sem deslocamento. Na maioria das vezes evidencia-se hemorragia do sulco gengival. Realizar teste de sensibilidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar contenção semi-rígida ou flexível, para comodidade do paciente, durante 7-10 dias. - Realizar alívio oclusal. <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.</p> <p>Avaliar a cada 15 dias, nos primeiros 2 meses; depois avaliar a mensalmente até completar 6 meses; avaliar semestralmente nos próximos 1 anos.</p> |
| Extrusão | <p>ortodôntico e resina composta), por até 3 semanas;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar alívio oclusal. <p>Na maior parte dos casos é necessário tratamento endodôntico, em um segundo momento.</p> <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.</p> <p>Avaliar a cada 15 dias, nos primeiros 2 meses; depois avaliar a mensalmente até completar 6 meses; avaliar semestralmente nos próximos 2 anos.</p> |
| Intrusão | <p>O dente está deslocado de axial para apical, no osso alveolar. Geralmente está sem sensibilidade ao toque e sem mobilidade. Ao teste de percussão observa-se um som "metálico" alto. Realizar teste de sensibilidade.</p> <p>Dentes com rizogênese INCOMPLETA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esperar reposição espontânea/reerupção <p>Dentes com rizogênese COMPLETA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aguardar reerupção espontânea por 2 semanas - Se não acontecer, realizar reposição ortodôntica ou cirúrgica. <p>Nos dentes permanentes maduros com ápices fechados, existe um risco considerável para necrose pulpar e reabsorção radicular progressiva.</p> <p>Dentes decíduos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Está indicada a extração quando o ápice estiver deslocado para dentro do germe do dente permanente. <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.</p> <p>Avaliar a cada 15 dias, nos primeiros 2 meses; depois avaliar a mensalmente até completar 6 meses; avaliar semestralmente nos próximos 2 anos.</p> |
| Avulsão - | <p>Verificar meio de armazenamento do dente e tempo decorrido.</p> <p>O tratamento recomendado é o reimplante dentário imediato (até 30 minutos).</p> |

Se o dente já foi reimplantado:

- não se indica sua remoção para reimplante novamente;
- limpar área com spray de água, soro ou clorexidina;
- Suturar lacerações, especialmente na área cervical;
- Verificar radiograficamente se o dente foi reimplantado na posição adequada;
- Realizar contenção flexível por 1 semana.

Se o dente foi mantido em meio úmido adequado, por tempo inferior a 2 horas:

- Lavar a superfície radicular e forame apical abundantemente com soro fisiológico;
- Anestesiá-lo e remover o coágulo do alvéolo, irrigando com soro fisiológico;
- Se houver fratura da parede alveolar, reposicionar com instrumento adequado;
- Reimplantar lentamente com suave pressão digital;
- Realizar contenção flexível por uma semana (se esplintagem durar semanas há maior risco de reabsorção radicular).

Se o dente foi mantido em meio inadequado, ou por tempo superior a 2 horas:

- Reimplante contra-indicado;(Pode-se fazer uma tentativa de reimplante tardio);
- Realizar curetagem e irrigação do alvéolo com soro fisiológico e suturar.

Prescrever: antibiótico sistêmico; avaliar necessidade de soro antitetânico (se a proteção pelo uso de vacina contra tétano não puder ser verificada).

Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.

Avaliar a cada 30 dias nos primeiros 6 meses; avaliar semestralmente nos próximos 2 anos. Evite o tratamento endodôntico, mas se for necessário, deve-se realizar a técnica para apicificação.

Obs. O reimplante de dentes decíduos é contra-indicado, visto que a necrose pulpar é um evento frequente e há o risco de causar trauma ao germe do dente permanente durante o reposicionamento.

Fratura do alvéolo

O segmento ósseo dos dentes envolvidos está com mobilidade. Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter os dentes envolvidos.

- Lavar área com soro fisiológico;
- Redução da fratura óssea (manobra de Champret);
- Reposicionar e estabilizar dentes envolvidos nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (por pelo menos 90 dias);
- Realizar alívio oclusal;
- Radiografar novamente.

Encaminhar para avaliação com Buco-Maxilo-Facial.

Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por 2 semanas.

| | |
|-------------------------|---|
| | Avaliar mensalmente nos primeiros 6 meses, e avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos |
| Fratura do alvéolo | <p>O segmento ósseo dos dentes envolvidos está com mobilidade. Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter os dentes envolvidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar área com soro fisiológico; - Redução da fratura óssea (manobra de Champret); - Reposicionar e estabilizar dentes envolvidos nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (por pelo menos 90 dias); - Realizar alívio oclusal; - Radiografar novamente. <p>Encaminhar para avaliação com Buco-Maxilo-Facial.</p> <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por 2 semanas.</p> <p>Avaliar mensalmente nos primeiros 6 meses, e avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos</p> |
| Lesões de tecidos moles | Inspeção e remoção de corpos estranhos, limpeza com gaze e soro fisiológico, desinfecção, suturas. |

Monitoramento: Número de cirurgiões dentistas plantonistas da UPA que participou da capacitação e por meio dos registros do livro ata de atendimentos e mapa de produção diária.

Resultado esperado

Esta adaptação de protocolos clínicos ambulatoriais serve para que se abrevie o tempo de atendimento sem comprometer a qualidade do serviço prestado, uma vez que a rede pública dispõe de serviços de saúde saturados e necessidades acumuladas em decorrências da grande demanda e incapacidade dos serviços públicos em absorver o contingente.

Bibliografia

1. FIGUEIREDO N. Urgência odontológica: Um passo para consolidação da atenção básica em saúde bucal [Dissertação de Mestrado]. [Recife-Pernambuco]: Universidade de Pernambuco, 2004. 142 p.
2. MAZZILLI L. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo. 2008. Tese de Doutorado. Faculdade de Odontologia da USP, São Paulo, 2008. 143p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Editora MS; 2006. Série A Normas e Manuais Técnicos. 92 p.
4. GOES PSA, WATT R, HARDY RG, SHEIHAM A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 year old Brazilian schoolchildren. Community Dent Health 2007; 24(4):217-24.
5. KALYNKA B. PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DO PLANTÃO UNIVERSITÁRIO
6. ALVARES & ALVARES. Emergência em Endodôntia, diagnóstico e conduta clínica. 2 ed: Editora Santos . Cap 1 ao 8, p. 1-101, 2001