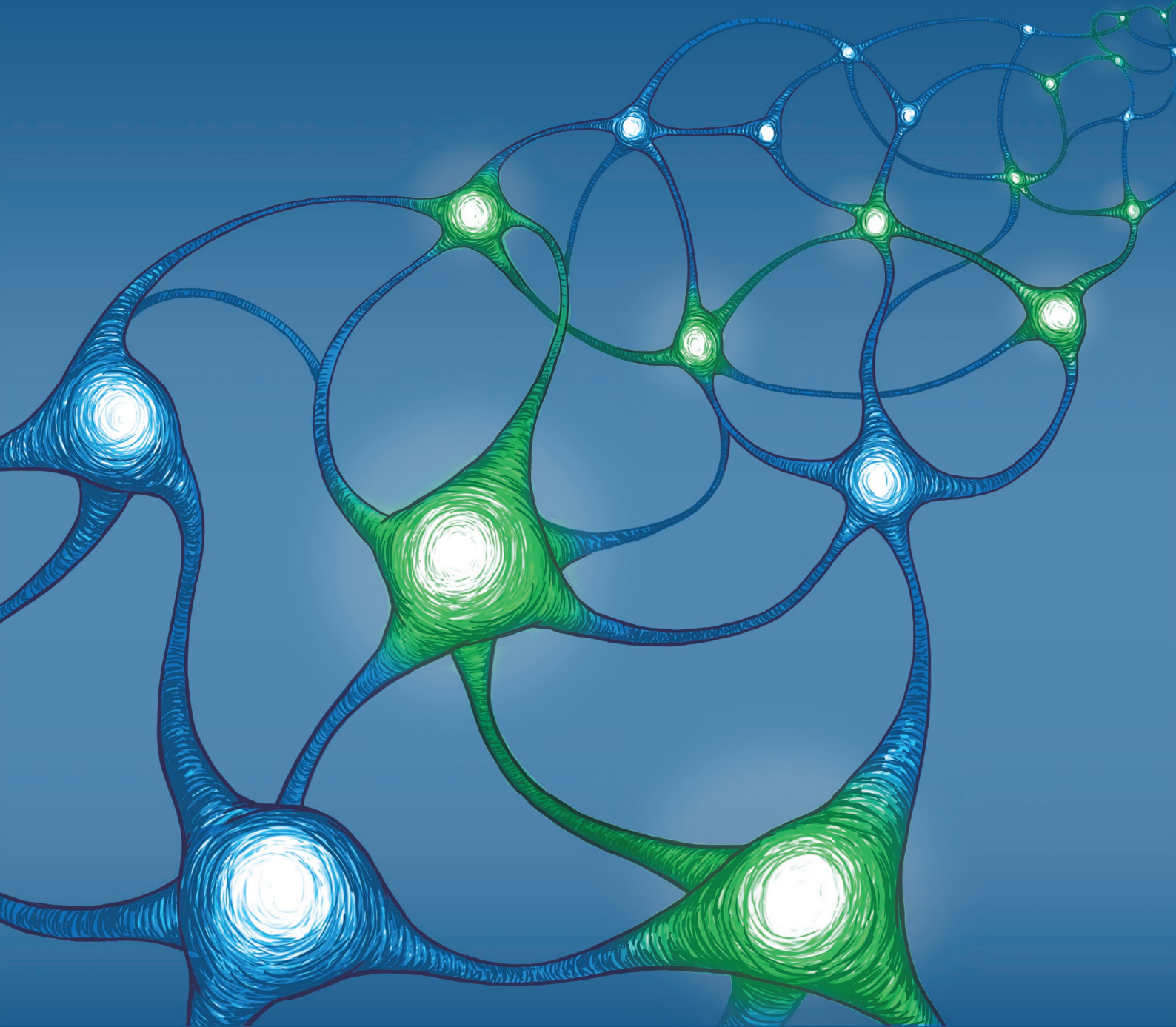


# EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA



## Dor de Origem Endodôntica

## **GOVERNO FEDERAL**

**Presidente da República**

**Ministro da Saúde**

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

**Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Pesquisa** Jamil Assereuy Filho

**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretor** Sergio Fernando Torres de Freitas

**Vice-Diretor** Isabela de Carlos Back Giuliano

## **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Chefe do Departamento** Antonio Fernando Boing

**Subchefe do Departamento** Lúcio José Botelho

**Coordenador do Curso de Capacitação** Rodrigo Otávio Moretti-Pires

## **COMITÊ GESTOR**

**Coordenadora de Produção de Material** Elza Berger Salema Coelho

**Coordenadora Interinstitucional** Sheila Rubia Lindner

**Coordenador de AVEA** Antonio Fernando Boing

**Coordenadora Acadêmica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora Executiva** Rosângela Leonor Goulart

## **EQUIPE EAD**

Douglas Kovaleski

Isabela Oliveira

Thays Berger Conceição

Carolina Carvalho Bolsoni

## **AUTORA**

Michelle Tillmann Biz

## **REVISORES DE CONTEÚDO**

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Calvino Reibnitz Júnior

## **REVISOR EXTERNO**

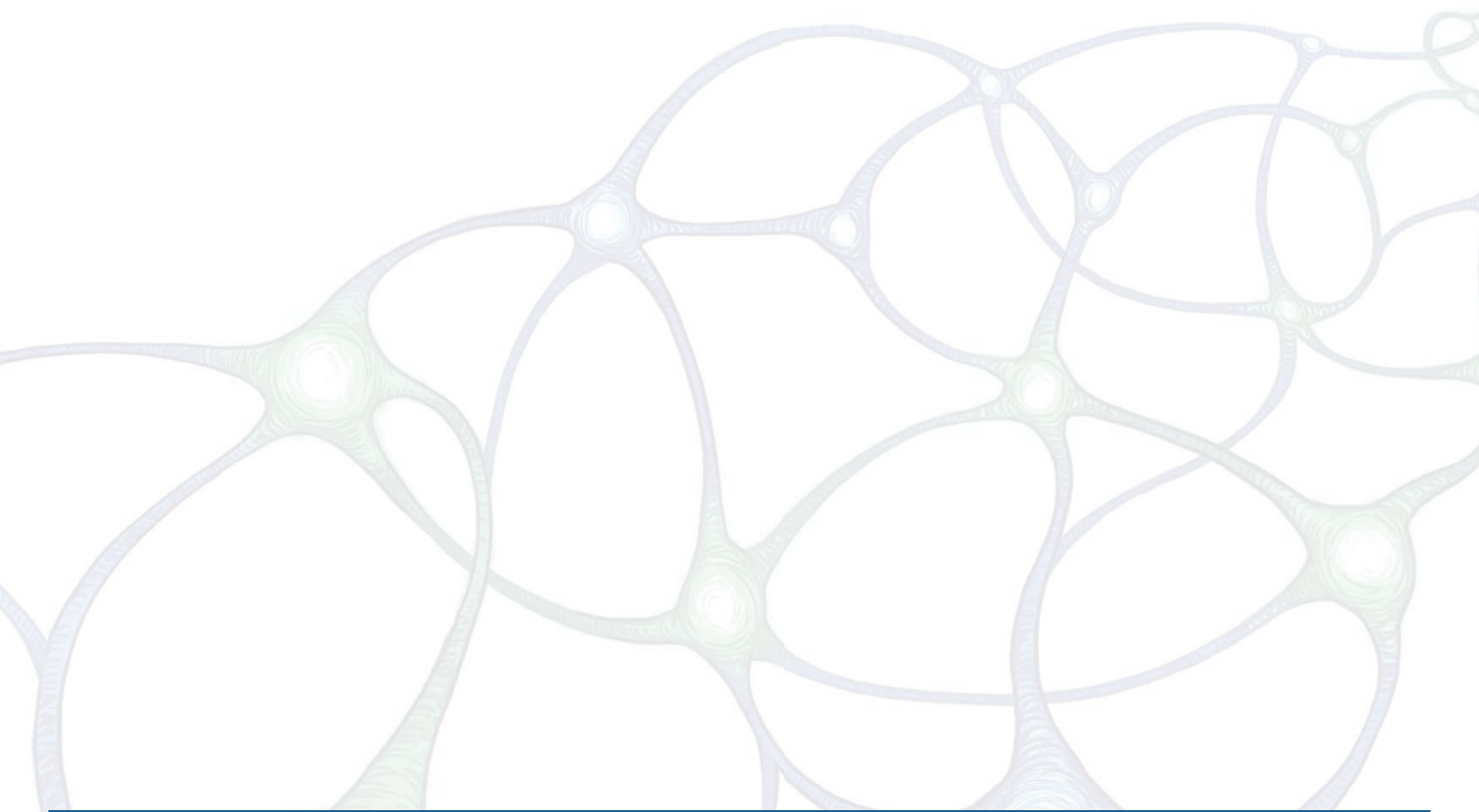
Eduardo Chaves de Souza

## **ASSESSORA PEDAGÓGICA**

Marcia Regina Luz

**EVENTOS AGUDOS  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Dor de Origem Endodôntica**



© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. ISBN – 978-85-8267-024-8

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC  
Disponível em: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br).

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável:  
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588e      Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Eventos Agudos na Atenção Básica.

Eventos agudos na atenção básica [recurso eletrônico]: dor de origem endodôntica / Universidade Federal de Santa Catarina; Michele Tillmann Biz. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

34 p.

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo do módulo: Ações Preventivas. - Avaliação Diagnóstica. - Diagnóstico diferencial. - Abordagem Inicial. - Atendimento Sequencial. - Indicações de Encaminhamento e Monitoramento.

ISBN: 978-85-8267-024-8

1. Atenção primária à saúde. 2. Dor. 3. Endodontia. 4. Pulpite. 5. Odontologia preventiva. I. UFSC. II. Biz, Michelle Tillmann. III. Título.

CDU: 37.018.43:616.314

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe:** Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional:** Andreia Mara Fiala

**Coordenação de Design Gráfico:** Giovana Schuelter

**Design Instrucional Master:** Agnes Sanfelici

**Design Instrucional:** Patrícia Cella Azzolini

**Revisão de Português:** Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

**Design Gráfico:** Fabrício Sawczen

**Ilustrações:** Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

**Design de Capa:** Rafaella Volkmann Paschoal

# SUMÁRIO

<b>1. Introdução.....</b>	<b>8</b>
<b>2. Ações Preventivas.....</b>	<b>8</b>
<b>3. Conceito.....</b>	<b>8</b>
<b>4. Classificação.....</b>	<b>9</b>
4.1 Alterações pulpareas.....	9
4.1.1 Pulpagia hiper-reativa.....	10
4.1.2 Pulpite sintomática.....	10
4.1.3 Pulpite assintomática.....	11
4.2 Alterações periapicais.....	11
4.2.1 Pericementite apical.....	11
4.2.2 Abscesso periapical agudo.....	12
4.2.3 Abscesso periapical crônico agudizado [abscesso Fênix].....	12
<b>5. Avaliação Diagnóstica.....</b>	<b>13</b>
5.1 Alterações Pulpares.....	13
5.1.1 Pulpagia Hiper-reativa.....	13
5.1.2 Pulpite Sintomática.....	13
5.1.3 Pulpite Assintomática.....	14
5.2 Alterações peripiciais.....	14
5.2.1 Pericementite apical.....	14
5.2.2 Abscesso periapical agudo.....	14
5.2.3 Abscesso periapical crônico agudizado [abscesso Fênix].....	15
<b>6. Diagnóstico diferencial.....</b>	<b>16</b>
<b>7. Abordagem inicial.....</b>	<b>17</b>
7.1 Alterações pulpareas.....	17
7.1.1 Pulpagia hiper-reativa.....	17
7.1.2 Pulpite sintomática.....	17
7.1.3 Pulpite assintomática.....	18
7.2 Alterações periapicais.....	18
7.2.1 Pericementite apical.....	18
7.2.2 Abscesso periapical agudo.....	19
7.2.3 Abscesso periapical crônico agudizado [abscesso Fênix].....	19
<b>8. Atendimento sequencial.....</b>	<b>20</b>
<b>9. Indicações de encaminhamento e monitoramento.....</b>	<b>20</b>
<b>10. Resumo do módulo.....</b>	<b>20</b>
<b>Referências.....</b>	<b>21</b>
<b>Autora.....</b>	<b>22</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>23</b>

# APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Olá, caro aluno!

A dor é a manifestação mais comum que os usuários apresentam quando procuram por serviços odontológicos de urgência, e a Atenção Básica tem papel fundamental em dar respostas resolutivas às diversas situações de dor, sejam elas dentárias, peridentárias ou na mucosa bucal. Assim, o objetivo deste módulo é que você aprenda a enfrentar com resolutividade essas situações agudas relacionadas à dor de origem endodôntica.

Portanto, neste material, começaremos falando um pouco sobre as ações preventivas relacionadas à questão. Em seguida, abordaremos o conceito de dor endodôntica e a sua classificação, que inclui situações decorrentes de alterações pulpares e periapicais. Na parte de avaliação diagnóstica, você verá como a anamnese, o exame clínico e os exames complementares podem auxiliá-lo na detecção do problema a ser tratado e, além disso, saberá como realizar o diagnóstico diferencial com outras possíveis doenças. Os próximos passos têm relação com a sequência de procedimentos necessários para tratar o quadro diagnosticado: abordagem inicial, atendimento sequencial e indicações de encaminhamento e monitoramento. Em outras palavras, você verá como o cirurgião-dentista da Unidade Básica de Saúde (UBS) poderá atuar no tratamento local e sistêmico das alterações causadoras de dor endodôntica e quando será necessário encaminhar o usuário a um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para que o tratamento seja finalizado adequadamente. Por fim, será abordada a questão dos cuidados pós-Evento Agudo no domicílio e na comunidade.

Sabemos que um diagnóstico incorreto ou um tratamento negligenciado pode agravar um problema que, muitas vezes, demandaria um atendimento simples na primeira consulta e pouparia o usuário de sensações desconfortáveis. Por isso o seu trabalho em diagnosticar e tratar os problemas que possam surgir é tão importante.

Tenha um bom estudo!

A Coordenação.

## **Ementa da Unidade**

Abordagem da dor de origem endodôntica.

Sinais e sintomas, terapêutica local e sistêmica, encaminhamento e monitoramento das alterações pulpare: pulpite hiper-reativa, pulpite sintomática, pulpite assintomática.

Sinais e sintomas, terapêutica local e sistêmica, encaminhamento e monitoramento das alterações periapicais: pericementite apical sintomática, abscesso periapical agudo e abscesso periapical crônico agudizado.

## **Objetivos de Aprendizagem**

- Realizar o diagnóstico e o tratamento da dor de origem endodôntica ocasionada por alterações pulpare ou periapicais.
- Realizar encaminhamento e monitoramento adequados, e conhecer os cuidados necessários pós-Evento Agudo.

## **Carga Horária**

30 horas

## 1. INTRODUÇÃO

Para começar a pensar sobre a dor de origem endodôntica, é fundamental que você tenha em mente que a polpa dental é um tecido conjuntivo frouxo, localizado na cavidade pulpar. Trata-se de um tecido extremamente vascularizado por vasos sanguíneos e linfáticos, além de fibras nervosas e células, o que lhe garante um metabolismo intenso e com boa capacidade de reparo.

Como a polpa é um tecido conjuntivo, a dimensão da agressão ao elemento dental pode promover fenômenos inflamatórios (vásculo-exsudativos) que levam à compressão das fibras nervosas e, portanto, geram a dor. É interessante ressaltar que a estrutura mineralizada dos elementos dentais não permite que a polpa expanda quando ocorrem reações inflamatórias, de forma que, quando há aumento no seu volume, conseqüentemente, há um aumento da pressão interna, o que causa os episódios de dor.

Como você verá neste material, a dimensão da agressão ao elemento dental – seja por lesão da doença

cárie ou por trauma – decidirá em que medida é possível a reversão do quadro e a preservação da polpa.

A abordagem da dor endodôntica é de grande relevância na prática da Atenção Básica. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) destaca que, em 2003, 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentavam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chegava a quase 60% no caso das crianças de cinco anos de idade. Com relação à dentição permanente, 70% das crianças brasileiras de 12 anos e cerca de 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentavam pelo menos um dente permanente com cárie dentária. A situação é preocupante uma vez que, caso essa população não receba o devido tratamento, a doença poderá evoluir a ponto de gerar lesões mais complexas que produzam inflamações pulpares. Esse panorama projeta a dor pulpar como a principal seqüela da cárie dentária e como principal motivo da procura dos usuários do SUS ao serviço de saúde, configurando-se, portanto, como um importante evento agudo odontológico.

## 2. AÇÕES PREVENTIVAS

As dores pulpares podem ser causadas por agentes biológicos, agentes físicos e agentes químicos. No que se refere à ação dos agentes biológicos (microbiota), a doença cárie e as periodontopatias favorecem a agressão ao tecido pulpar pela exsudação de substâncias que afetam os túbulos dentinários. Já com relação aos agentes físicos, a fratura do elemento dental propicia a exposição dos túbulos dentinários, o que gera episódios dolorosos. Podemos mencionar como exemplos, neste caso, o bruxismo e o **galvanismo**<sup>1</sup>. E, por fim, os agentes químicos, tais como os materiais utilizados na prática odontológica, também podem ser responsáveis por dor pulpar, pois podem irritar a polpa, que responderá por meio de processo inflamatório.

<sup>1</sup> Ação de correntes elétricas ocasionada pela presença de restaurações metálicas.

Como se pode perceber, a prevenção das alterações pulpares é uma questão complexa, pois se relaciona com a prevenção de traumas e, principalmente, com a prevenção da doença cárie, que se dá basicamente pelo uso de flúor em larga escala – por meio de água fluoretada e no creme dental – como medida de saúde pública.

## 3. CONCEITO

A dor endodôntica é aquela que se origina na polpa dentária, em decorrência de cárie ou de trauma dental, que pode acometer os tecidos periodontais apicais.

É fundamental ter em mente que, dependendo do tipo de tratamento a ser executado, será possível conservar as propriedades pulpares mantendo a vitalidade pulpar e, inclusive, preservar o elemento dental na arcada com a realização do tratamento endodôntico.



## 4. CLASSIFICAÇÃO

As situações de dor endodôntica são acompanhadas por alterações que podem ser classificadas como pulpares ou periapicais. O diagnóstico e o tratamento dos eventos agudos relacionados a essas alterações são uma das rotinas mais frequentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A causa mais comum de alterações pulpares e periapicais é a presença de bactérias em decorrência de lesões de cárie. A magnitude da lesão pulpar está diretamente relacionada com a extensão e com a profundidade da lesão de cárie, sendo que a polpa poderá responder com um leve depósito de dentina ou até mesmo com alterações inflamatórias e degenerativas.

Em outras palavras, o tipo de resposta pulpar vai depender da intensidade, do tempo, da frequência do agente irritante, da condição prévia do tecido pulpar e da falta de resolutividade em atendimentos anteriores. Portanto, a seguir, você verá como são classificadas as situações de dor endodôntica, além de acompanhar uma definição mais específica de cada caso. Acompanhe!

### 4.1 Alterações pulpares

Para realizar o diagnóstico das alterações pulpares, são utilizadas, basicamente, as informações a respeito das características da dor obtidas por meio da anamnese, do exame radiográfico e dos testes de vitalidade, percussão e mobilidade.

Com base nestas informações e nos achados histopatológicos têm-se classificado as doenças pulpares de origem inflamatória de diferentes maneiras. O quadro abaixo apresenta as nomenclaturas mais encontradas para as classificações histopatológicas das doenças pulpares (quadro 1).

**Quadro 1** - Diferentes nomenclaturas para a classificação das doenças pulpares inflamatórias.

CLASSIFICAÇÃO 1	
Hiperemia pulpar	
Pulpite aguda	Serosa Purulenta
Pulpite crônica	Ulcerativa Hiperplástica
Necrose Pulpar	
CLASSIFICAÇÃO 2	
Pulpite fechada	Hiperemia pulpar Pulpite infiltrativa Pulpite abscedada
Pulpite aberta	Pulpite ulcerosa traumática Pulpite Ulcerosa não traumática Pulpite hiperplásica
Necrose Pulpar	
CLASSIFICAÇÃO 3	
Pulpite aguda	Reversível em transição Irreversível
Pulpite crônica	Ulcerada Hiperplásica
Necrose pulpar	

Fonte: adaptado de Estrela, 2004

Entretanto, Estrela (2004) ressalta que os achados clínicos não fornecem dados suficiente para prever com exatidão as características histopatológicas da polpa inflamada. Portanto, buscando simplificar e unificar as nomenclaturas das diferentes escolas de Odontologia do Brasil, adotaremos para este módulo, a classificação apresentada no quadro 2. Para facilitar o estudo, este quadro também apresenta uma correspondência entre a nomenclatura adotada com as diferentes nomenclaturas existentes.

**Quadro 2** - Classificação clínica versus classificação histopatológica das doenças inflamatórias da polpa dentária.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	CLASSIFICAÇÃO HISTOPATOLÓGICA
NOMENCLATURA ADOTADA	CORRESPONDÊNCIA COM OUTRAS NOMENCLATURAS
Pulpalgia hiper-reativa	Hipersensibilidade dentinária Hiperemia pulpar (Pulpite reversível)
Pulpite sintomática	Pulpite aguda serosa e purulenta Pulpite fechada infiltrativa e abscedada Pulpite de transição e irreversível
Pulpite assintomática	Pulpite crônica ulcerativa e hiperplásica Pulpite aberta ulcerosa traumática, ulcerosa não traumática e hiperplásica Pulpite crônica ulcerada e hiperplásica
Necrose pulpar	Necrose pulpar

Fonte: adaptado de Estrela, 2004.

Desta forma, a classificação da dor pulpar de origem inflamatória será de fácil entendimento para qualquer cirurgião-dentista, independente da escola de Odontologia que frequentou.

Vale ressaltar que independente do quadro instalado, todos levarão invariavelmente o paciente a procurar atendimento para resolver sua queixa principal: a dor de origem odontológica, e nestes casos o profissional da Unidade deve estar habilitado para o diagnóstico e tratamento destas alterações.

Nestes casos, um diagnóstico incorreto ou um tratamento negligenciado levaria a pessoa a retornar inúmeras vezes à Atenção Básica, sendo que, a cada retorno, seu problema estaria agravado, e o que teria demandado um simples atendimento em sua primeira consulta poderia resultar em um atendimento posterior mais complexo e de risco. Por isso, é essencial que o profissional da UBS esteja habilitado para realizar o diagnóstico e o tratamento dessas alterações.

Observe, a seguir, a definição dos casos caracterizados como alterações pulpares.

#### 4.1.1 Pulpalgia hiper-reativa

Trata-se das situações clínicas de dor dentinária provocada (como a hipersensibilidade dentinária) ou de respostas pulpares iniciais que são potencialmente controláveis (reversíveis). Nestes casos, o usuário chega à UBS em busca de atendimento por causa de uma dor provocada pela ingestão de líquidos e alimentos gelados (dor ao frio), sendo que essa dor é caracterizada por ser aguda e de curta duração (dor fugaz). O usuário consegue localizar exatamente qual é o dente que está acometido (dor localizada). O exame clínico complementar a coleta de dados para o diagnóstico.

Nos casos em que a agressão ao tecido pulpar for de baixa intensidade, mas houver uma via de drenagem (geralmente uma cavidade aberta com exposição pulpar), a inflamação poderá tornar-se crônica, passando para a fase de pulpite assintomática.

#### 4.1.2 Pulpite sintomática

A pulpite sintomática corresponde às nomenclaturas de pulpite aguda serosa e purulenta, pulpite fechada infiltrativa e abscedada e pulpite de transição e irreversível, sem fazer distinção diagnóstica entre elas. Parte-se do princípio de que se refere a uma condição aguda em diferentes graus de inflamação e dor pulpar, sendo a sua variante o tratamento a ser instituído na dependência do grau de comprometimento do tecido, podendo variar de uma simples curetagem, até mesmo a pulpectomia.

Nos casos de pulpite sintomática, uma lesão de cárie não diagnosticada ou não tratada em sua fase inicial, invariavelmente, atingirá a polpa e desencadeará uma resposta inflamatória mais severa, porém de forma limitada à região da polpa próxima ao agente agressor, não acometendo o tecido pulpar mais distante.

Em **estágios iniciais** da pulpíte sintomática, o usuário procurará atendimento na UBS relatando a presença de dor provocada, aguda, localizada, persistente por longo período após a remoção do estímulo e que cede com o uso de analgésicos. Já em **estágios mais avançados** da pulpíte sintomática, em que já se acomete toda a polpa, o usuário relatará uma dor provocada ou espontânea, intensa, contínua, pulsátil, difusa e que não é mais controlada com o uso de analgésicos. Essa situação indica um quadro de inflamação pulpar em que será necessária uma intervenção, porém o exame clínico será o próximo passo para concluir o diagnóstico.

#### 4.1.3 Pulpíte assintomática

A pulpíte assintomática é caracterizada pela presença de uma inflamação crônica no tecido pulpar associada à presença de uma câmara pulpar aberta, o que gera uma via de drenagem e, portanto, resulta na ausência de sintomas. Sua etiologia é semelhante à da pulpíte sintomática, no entanto os estímulos são menos intensos, o que permite uma resposta pulpar. Normalmente

te a polpa se apresentará **ulcerada**<sup>2</sup> ou com **pólipo pulpar**<sup>3</sup>, num processo inflamatório de caráter irreversível e com contaminação bacteriana.

<sup>2</sup> **Polpa ulcerada:** lesão superficial no tecido pulpar exposto à cavidade bucal.

<sup>3</sup> **Pólipo pulpar:** proliferação de tecido de granulação na superfície pulpar exposta à cavidade oral.

É importante ressaltar que, geralmente, essas pessoas procurarão atendimento na UBS por outros motivos que não a pulpíte assintomática, uma vez que esta não desencadeia dor (exceto quando há compressão direta do tecido pulpar exposto). Assim, o usuário poderá relatar, por exemplo, um incômodo provocado por uma cavidade aberta em um dente, onde há acúmulo de alimentos e que é de difícil higienização, o que acaba acarretando mau cheiro.

Muitas vezes a pessoa pode nem relatar tal situação e a pulpíte assintomática só será identificada durante o exame clínico de rotina. Independentemente de ser ou não uma queixa do usuário, uma vez que o cirurgião-dentista depara-se com o diagnóstico de pulpíte assintomática é de sua responsabilidade diagnosticar e realizar o seu tratamento. Por se tratar de uma condição na qual há ausência de dor, o exame clínico passa a ser fundamental para o diagnóstico da pulpíte assintomática, seja com polpa ulcerada ou com pólipo pulpar.

## 4.2 Alterações periapicais

A etiologia das alterações periapicais é a mesma das alterações pulpares, visto que se refere à contínua progressão da lesão pulpar não tratada adequadamente que leva à sua necrose.

Com a necrose pulpar, cria-se um ambiente propício para o desenvolvimento de microrganismos. Portanto, o tipo de inflamação na região periapical vai depender da quantidade de microrganismos, da sua virulência e da resistência orgânica do hospedeiro. Os quadros sintomáticos (agudos) são característicos da presença de microrganismos de alta virulência que sobrepujam a defesa do organismo e determinam uma agressão de alta intensidade e de curta duração. Porém, se a virulência for baixa e propiciar a defesa do organismo, a resposta poderá ser assintomática (crônica).

As alterações periapicais que causam dor podem ser agrupadas da seguinte maneira: pericementite apical, abscesso periapical agudo e abscesso periapical crônico agudizado (abscesso Fênix). Acompanhe agora a definição de cada um desses casos.

#### 4.2.1 Pericementite apical

A pericementite ocorre quando há inflamação dos tecidos do ligamento periodontal adjacentes ao cimento na região apical, e pode ser traumática ou infecciosa. A **traumática** pode originar-se após uma simples restauração na qual houve permanência de um contato prematuro, devido a um trauma dental leve ou a tratamentos ortodônticos. Pode, também, ser causada por agentes químicos e mecânicos durante o tratamento endodôntico (instrumentação, substâncias irrigantes e cimentos obturadores). Já a **infecciosa** será decorrente de uma inflamação pulpar que alcançou o tecido periodontal na região apical, determinando o início das alterações periapicais.

Em ambos os casos o dente pode apresentar ou não vitalidade pulpar, discreta sensibilidade a percussão, leve extrusão dental e discreto aumento de mobilidade. O usuário procurará atendimento relatando uma dor contínua, pulsátil, localizada, sensação de dente “crescido” (em decorrência da extrusão dental pela inflamação apical). Entretanto, na pericementite traumática haverá o histórico de um tratamento odontológico recente ou em andamento. Algumas **manobras clínicas**<sup>4</sup>, como o teste de sensibilidade pulpar ao frio, poderão auxiliar na diferenciação entre os dois tipos.

<sup>4</sup> Você verá explicações adicionais a respeito dessas manobras clínicas mais adiante, no tópico 4 – Avaliação diagnóstica, e em seus subtópicos.

## 4.2.2 Abscesso periapical agudo

As alterações periapicais infecciosas são decorrentes de uma infecção dos canais radiculares, geralmente iniciada por uma lesão de cárie não tratada. A combinação de uma agressão de alta intensidade com um quadro de baixa resistência do hospedeiro resultará na instalação de um abscesso periapical agudo. Uma característica dessa patologia é a presença de uma coleção purulenta nos tecidos periapicais em decorrência da infecção, que gera um edema e a tentativa de drenagem desse pus. O usuário poderá apresentar-se em diversas fases de evolução desse abscesso, sendo elas: inicial, em evolução e evoluída.

No **abscesso periapical agudo inicial**, o pus está localizado no ligamento periodontal apical. A pessoa procurará atendimento na UBS relatando uma dor parecida com o quadro de pericementite apical infecciosa – dor espontânea, contínua, localizada, porém mais intensa, e sensação de “dente crescido” – e já apresentará um início de edema em fundo de sulco na região do dente afetado.

No **abscesso periapical agudo em evolução**, o exsudato que não foi drenado via canal radicular está buscando um caminho para a exteriorização, que poderá ser via periodonto ou intraósseo. Essa fase é extremamente dolorida e, muitas vezes, deixa a pessoa prostrada pela dor que sente. As características da dor nessa fase são as mesmas da fase inicial – dor espontânea, contínua, localizada, intensa e latejante –, porém, neste caso, o usuário já apresenta edema intraoral ou edema extraoral de forma disseminada. Além disso, o usuário pode relatar ou apresentar estado febril e dificuldade de abrir a boca (trismo).

No **abscesso periapical agudo evoluído** a coleção purulenta se localizará e romperá a resistência do ligamento periodontal ou do periósteo para que ocorra a drenagem via fístula. Nestes casos, o usuário pode relatar a presença da fístula como uma *bolinha* ou *espinha* na gengiva, de onde, às vezes, sai um líquido amarelo. O usuário relatará o mesmo quadro de sintomas da fase anterior: dor espontânea, contínua, localizada e latejante, porém em menor intensidade, podendo estar associada a estado febril e dificuldade de abrir a boca (trismo). Ele pode também relatar gosto amargo na boca e mau hálito em decorrência da drenagem do pus via intrabucal.

Quando a drenagem do abscesso periapical agudo não for estabelecida via canal radicular, ligamento periodontal ou intraósseo, o exsudato purulento se disseminará nos tecidos moles da face, na cavidade bucal ou no pescoço, condição denominada de **Celulite Facial**.

Se o abscesso periapical agudo for decorrente de um molar inferior, o edema pode gerar uma condição clínica grave denominada de **Angina de Ludwig**. Nestes casos, ocorre a disseminação do edema para os espaços sublingual, submandibular ou submentoniano, o que ocasiona um inchaço na região do pescoço. Nesta situação, o usuário chegará à UBS apresentando um quadro de dor, aumento de volume na região cervical, dificuldade de falar e deglutir, trismo, edema de assoalho de cavidade bucal, protrusão lingual, febre e linfadenopatia. Essas manifestações colocam o usuário numa condição clínica de risco, na qual deverá receber atendimento em caráter de emergência.

## 4.2.3 Abscesso periapical crônico agudizado [abscesso Fênix]

O abscesso periapical crônico é um processo inflamatório, purulento, de evolução lenta, assintomático associado a um dente com necrose pulpar. O pus formado drenará via ligamento periodontal ou por um trajeto fistuloso intra ou extraoral. Desenvolve-se como sequência de uma necrose pulpar, de um tratamento endodôntico insatisfatório ou de um abscesso periapical agudo em que o organismo atingiu o equilíbrio após o estabelecimento da via de drenagem.

Apesar de ser uma doença assintomática e de progressão lenta, se houver baixa de resistência do usuário, o abscesso periapical crônico pode resultar em dor, sendo caracterizado como abscesso periapical crônico agudizado ou abscesso Fênix (o que ressurgiu).

Quando o usuário for acometido de dor decorrente de uma agudização de um abscesso periapical crônico, procurará atendimento na UBS relatando os mesmos sintomas de um abscesso periapical em evolução ou evoluído: dor espontânea, contínua, localizada, intensa e latejante.

Agora que você já sabe como podem ser classificadas as alterações pulpares e periapicais que acompanham as situações de dor endodôntica, veja como pode ser feita a avaliação diagnóstica desses quadros. Acompanhe!

## 5. AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Para que seja feita a avaliação diagnóstica correta do estado pulpar e periapical, será necessário lançar mão de recursos semiotécnicos, como testes de sensibilidade pulpar, de percussão, de mobilidade e exame radiográfico. Como você verá, a interpretação desses testes, aliada às informações obtidas na anamnese, indicarão para o profissional qual é o estado de saúde pulpar e periapical do usuário, e apontarão, assim, as possibilidades de tratamento a serem executadas.

### 5.1 Alterações Pulpares

Para apurar o diagnóstico das alterações pulpares, além da anamnese, o exame clínico e exames complementares são fundamentais. Dentre os testes que podem ser realizados durante o exame clínico encontra-se o **teste de sensibilidade ao frio** (conhecido também como teste de vitalidade). O aconselhável para esse tipo de teste são os gases refrigerantes, como o tetrafluoroetano. A utilização de bastão de gelo para a realização do teste é desaconselhável já que sua temperatura de superfície não ultrapassa zero grau Celsius, o que gera muitos resultados falso-negativos, ou seja, diagnósticos equivocados.

Outros testes simples são: o **teste de percussão**, que pode ser realizado com o próprio cabo do espelho; e o **teste de mobilidade**, realizado com duas espátulas de madeiras. Como exame complementar, temos o **exame radiográfico**, que nos dará informações sobre a profundidade da lesão (se envolve ou não a polpa) e a presença de alterações nos tecidos periapicais.

A seguir, você verá como os resultados desses testes podem direcionar para cada um dos casos de alterações pulpares.

#### 5.1.1 Pulpalgia Hiper-reativa

Para apurar o diagnóstico, além da análise dos sintomas relatados pela pessoa, é necessário realizar o exame clínico a partir do qual se poderá evidenciar desde dentes hígidos com relato de tratamentos periodontais recentes ou retrações gengivais com exposição dentinária (quadro compatível com sensibilidade dentinária) até dentes com restaurações extensas ou lesões de cárie profundas sem exposição pulpar (quadro compatível com respostas pulpares potencialmente reversíveis).

A utilização de gás refrigerante para o teste de frio provocará no usuário uma dor (resposta positiva) que será localizada e rápida, e que passará após a remoção do estímulo. O teste de percussão não causará dor (resposta negativa) uma vez que os tecidos periapicais não estão envolvidos na inflamação. A mobilidade dental estará normal.

No caso da presença de pequenas lesões de cáries, se não for feita uma boa avaliação do usuário e o diagnóstico do quadro instalado, o processo cariioso evoluirá. Tal evolução, inevitavelmente, atingirá a polpa e progredirá para uma pulpíte sintomática com a presença de dor provocada, aguda, localizada, persistente por longo período após a remoção do estímulo, que poderá ou não ceder com o uso de analgésico, sendo, dessa forma, compatível com um quadro de inflamação pulpar de nível intermediário.

#### 5.1.2 Pulpíte Sintomática

Durante o exame clínico, o cirurgião-dentista observará, no dente apontado pelo usuário, a presença de restaurações com falhas ou cáries extensas que já alcançam a polpa dentária. Nestes casos, já há um comprometimento pulpar por inflamação e infecção que deverá ser avaliado.

Nos estágios iniciais da pulpíte sintomática, a aplicação do teste de sensibilidade ao frio aumentará a dor que será intensa, localizada e que demorará a desaparecer após a retirada do estímulo frio. Porém, em estágios finais, o teste poderá desencadear um alívio da dor pela vasoconstrição e pela diminuição da pressão tecidual. Já o calor provocará uma dor intensa e prolongada. No entanto, esse tipo de teste deve ser evitado, pois, além de provocar um desconforto ao usuário, provocará também danos maiores à polpa, o que não ocorre com o teste de frio.

Os testes de percussão e de mobilidade apresentarão resultado negativo. Porém, em estágios mais avançados, a percussão poderá ser positiva, o que evidencia um envolvimento inicial dos tecidos perirradiculares, e poderá ser o teste que auxiliará na identificação do dente envolvido. Já a radiografia, indicará a presença de restaurações ou lesões de cárie extensas que sugerem envolvimento ou exposição pulpar. No entanto, em estágios avançados, poderá evidenciar um espessamento do ligamento periodontal, sem que haja ainda alterações ósseas.

A pulpíte sintomática não diagnosticada corretamente ou negligenciada evoluirá para necrose pulpar e, possivelmente, acarretará um envolvimento dos tecidos periapicais, seja em condições agudas ou crônicas.

### 5.1.3 Pulpíte Assintomática

Na pulpíte assintomática, clinicamente, o dente poderá apresentar duas condições: uma polpa ulcerada ou um pólipos pulpar.

Durante o exame clínico, quando a condição for de polpa ulcerada, o cirurgião-dentista encontrará um dente com exposição pulpar, porém a polpa estará contida no interior da cavidade pulpar e apresentará um aspecto de tecido ulcerado, sangrando, com drenagem e presença de restos de alimentos, além de grande contaminação. Neste caso, o teste de sensibilidade ao frio é pouco efetivo e deverá ser substituído por uma inspeção direta do tecido pulpar para determinar sua vitalidade. O exame radiográfico revelará cavidades de cárie profundas, podendo haver um espessamento do ligamento periodontal. As respostas para os testes de percussão e mobilidade serão negativas.

Quando a condição for de **pólipo pulpar**, a polpa também estará exposta, porém o tecido pulpar apresentará uma proliferação granulomatosa para fora da cavidade pulpar. Por estar exposto ao atrito, esse tecido

apresenta alta resistência. Os casos de pólipos pulpar são mais frequentes em crianças e jovens com boa resistência orgânica e, geralmente, acometem molares decíduos e permanentes com rizogênese incompleta.

Durante o exame clínico, o cirurgião-dentista encontrará um dente que apresenta ampla cavidade de cárie preenchida por um tecido carnosos que pode variar de cor rosa pálido a vermelho brilhante. Esse tecido carnosos preenche totalmente a câmara pulpar e por vezes ultrapassa o limite da coroa do dente. O teste de sensibilidade ao frio não será efetivo, uma vez que a cavidade encontra-se aberta. A manipulação direta do pólipos poderá ser assintomática, porém apresentará sangramento fácil. O exame radiográfico revelará um dente com ampla destruição coronária por cárie e, geralmente, com rizogênese incompleta. Os resultados dos testes de percussão e mobilidade serão negativos.

No caso de uma pulpíte assintomática não diagnosticada e, conseqüentemente, não tratada, a presença de uma cavidade aberta acarretará uma permanente infecção que determinará a necrose da polpa e, possivelmente, o envolvimento dos tecidos periapicais, seja em condições agudas ou crônicas.

## 5.2 Alterações periapicais

Assim como nas alterações pulpares, para que seja apurado o diagnóstico das alterações periapicais, será necessário proceder à anamnese, ao exame clínico – que inclui a realização dos testes de sensibilidade ao frio, de percussão e de mobilidade – e aos exames complementares, como radiografias.

Portanto, a seguir, você verá como os resultados desses testes podem determinar cada um dos casos de alterações periapicais.

### 5.2.1 Pericementite apical

O exame clínico será importante para o diagnóstico de pericementite apical traumática ou infecciosa. Em ambos os casos, no teste de percussão vertical e horizontal a sensibilidade estará aumentada, podendo haver também mobilidade dental. O exame radiográfico poderá revelar um leve espessamento do espaço do ligamento periodontal. Já o teste de sensibilidade pulpar ao frio será fundamental para a diferenciação entre pericementite apical traumática e infecciosa: na **traumática** o dente responderá positivamente enquanto que, na **infecciosa**, o resultado será negativo.

### 5.2.2 Abscesso periapical agudo

Para que seja feita a distinção entre as três fases do abscesso periapical agudo, será necessário comparar as informações a respeito dos sintomas relatados com aquelas obtidas por meio dos exames clínicos.

No **abscesso periapical agudo em fase inicial** a sensibilidade pulpar ao frio será negativa, o teste de percussão apresentará resultado positivo e, geralmente, haverá também dor na palpação em fundo de sulco vestibular do dente afetado. A radiografia poderá evidenciar um leve espessamento do espaço do ligamento periodontal.

No **abscesso periapical agudo em evolução** o resultado do teste de sensibilidade pulpar ao frio será negativo e o teste de percussão será positivo. Embora nesta fase seja possível a palpação do edema, este ainda se apresenta difuso. A radiografia poderá mostrar um leve espessamento do espaço do ligamento periodontal, porém ainda sem evidência de lesão óssea maior.

O **abscesso periapical agudo evoluído** apresentará as mesmas manifestações clínicas mencionadas na fase anterior: a sensibilidade pulpar ao frio será negativa e o resultado do teste de percussão será positivo. Porém, agora, haverá presença de edema facial (flegmão) e de fístula que drena via ligamento periodontal ou em fundo de sulco do dente acometido. Geralmente a fístula é intramucosa, mas pode ocorrer também a fístula cutânea. Além disso, pode-se observar tumefação e assimetria facial por conta do edema. Ainda não será possível identificar lesão óssea periapical pela radiografia; apenas um leve espessamento do espaço do ligamento periodontal. Se ainda assim houver dúvidas a respeito do dente que está causando essa patologia, pode-se lançar mão do rastreamento da fístula. Para isso, basta introduzir gentilmente um cone de guta percha de calibre fino no trajeto da fístula e fazer uma tomada radiográfica.

### 5.2.3 Abscesso periapical crônico agudizado [abscesso Fênix]

Não só a sintomatologia do abscesso periapical crônico é semelhante ao abscesso periapical agudo, como também as características clínicas: resultado negativo para sensibilidade pulpar ao frio e resultado positivo para o teste de percussão, podendo haver edema facial e fístula que drena via ligamento periodontal ou em fundo de sulco do dente acometido. A principal ferramenta para o diagnóstico diferencial será a radiografia, que demonstrará a presença de lesão óssea periapical (rarefação óssea), que poderá ser difusa, localizada (sugestivo de granuloma periapical) ou circunscrita (sugestivo de cisto periapical).

Durante a realização da avaliação diagnóstica das alterações pulpare e periapicais, você poderá deparar-se com situações limítrofes entre duas patologias, nas quais será necessário realizar o diagnóstico diferencial. Portanto, a seguir, você verá informações referentes ao diagnóstico diferencial que facilitarão o diagnóstico definitivo dessas alterações. Acompanhe.

## 6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como você já sabe, durante a avaliação diagnóstica, podemos nos deparar com algumas patologias que se assemelham muito em relação aos sinais e sintomas. Nestes casos, deve-se lançar mão de um método sistemático de eliminação, conhecido como diagnóstico diferencial, que nos conduzirá a um diagnóstico definitivo.

Assim, o diagnóstico diferencial das alterações pulpares poderá ser feito com base nas informações apresentadas no quadro a seguir. Observe:

Quadro 3 – Diagnóstico diferencial das alterações pulpares

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS ALTERAÇÕES PULPARES	
DIFERENCIAL	CARACTERÍSTICAS
<p>Pulpalgia hiper-reativa</p> <p style="text-align: center;">x</p> <p>Pulpite sintomática</p>	<p>Na pulpite hiper-reativa, o paciente relata dor provocada, localizada, intensa, que desaparecerá depois do estímulo. Haverá <b>exposição dentinária</b>, normalmente na cervical, ou <b>dor pós tratamento periodontal</b>; poderá ocorrer também em casos de lesão de cárie extensa ou restaurações falhas, <b>sem haver exposição pulpar</b>.</p> <p>Já na pulpite sintomática, o paciente relata dor provocada, localizada, intensa, que demora a desaparecer após a retirada do estímulo e cede com analgésicos (estágio inicial); ou dor provocada/espontânea, intensa, contínua, pulsátil, difusa, não cede com analgésicos (estágios avançados). Haverá <b>lesão de cárie extensa ou restaurações falhas com envolvimento pulpar</b>.</p>
<p>Pulpite assintomática (com pólipos pulpar ou ulcerada)</p> <p style="text-align: center;">x</p> <p>Pólipo Gingival</p> <p style="text-align: center;">x</p> <p>Pólipo Periodontal</p>	<p>Pulpite assintomática: ausência de dor. Dente com extensão <b>lesão de cárie com cavidade pulpar aberta</b>. A radiografia mostrará o <b>envolvimento pulpar</b>, sem haver comunicação com o tecido gengival, ou lesão de furca. A polpa apresentará um pólipo pulpar ou ulcerada.</p> <p>Pólipo gengival: ausência de dor. Dente com extensão <b>lesão de cárie podendo ter ou não a cavidade pulpar aberta</b>. A radiografia evidenciará destruição coronária com possível <b>comunicação com tecido gengival e ausência de lesão de furca</b>. A <b>sondagem do pólipo mostrará que o mesmo possui origem no tecido gengival</b>. Pode ter ou não vitalidade pulpar.</p> <p>Pólipo Periodontal: ausência de dor. Dente com extensão <b>lesão de cárie podendo ter ou não a cavidade pulpar aberta</b>. A radiografia mostrará o lesão de furca, e a sondagem evidenciará que a origem do pólipo é o tecido periodontal.</p>

Veja agora uma síntese do diagnóstico diferencial das alterações periapicais:



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS ALTERAÇÕES PERIAPICAIS	
DIFERENCIAL	CARACTERÍSTICAS
Pericementite apical traumática x Pericementite apical infecciosa	Dor contínua, provocada, pulsátil, localizada, sensação de dente “crescido”; <b>percussão aumentada; sensibilidade pulpar positiva ou negativa; histórico de restauração ou de tratamento endodôntico recente.</b>  Pericementite apical infecciosa: dor contínua, pulsátil, localizada, sensação de dente “crescido”; percussão aumentada; <b>sensibilidade pulpar negativa.</b>
Pericementite apical infecciosa x Abscesso periapical agudo inicial x Abscesso periapical agudo em evolução x Abscesso periapical agudo evoluído	Pericementite apical infecciosa: dor contínua, pulsátil, localizada, sensação de dente “crescido”; percussão aumentada; <b>sensibilidade pulpar negativa.</b>  Abscesso periapical agudo inicial: dor contínua, pulsátil, <b>intensa</b> , localizada, sensação de dente “crescido”; percussão aumentada; sensibilidade pulpar negativa, <b>dor a palpação em fundo de sulco (edema).</b>  Abscesso periapical agudo em evolução: dor contínua, pulsátil, intensa, <b>latejante</b> , localizada, sensação de dente “crescido”; percussão aumentada; sensibilidade pulpar negativa, <b>edema difuso.</b>  Abscesso periapical agudo evoluído: dor contínua, pulsátil, <b>menos intensa</b> , localizada, percussão aumentada; sensibilidade pulpar negativa, <b>presença de edema facial e fístula.</b>

Com conhecimento do diagnóstico definitivo, o próximo passo será dar início ao tratamento.

## 7. ABORDAGEM INICIAL

Uma vez diagnosticada a alteração pulpar ou periapical, deve-se proceder à abordagem inicial, que tem como principal objetivo a eliminação do agente agressor e a medicação inicial para posterior atendimento sequencial. Observe, a seguir, quais serão as medidas a serem tomadas para cada um dos casos.

### 7.1 Alterações pulpares

#### 7.1.1 Pulpalgie hiper-reativa

Uma vez diagnosticada a pulpalgia hiper-reativa, o cirurgião-dentista deverá remover o estímulo agressor. Caso haja sensibilidade dentinária, um dessensibilizante à base de oxalato férrico poderá ser usado no colo dentinário para aliviar os sintomas. Pode-se, também, associar a prescrição de bochechos com solução fluoretada 0,05%. Se houver a presença de lesões de cárie ou de restaurações extensas, deverá ser feita a remoção da lesão ou a substituição da restauração com a devida proteção pulpar.

Pode-se optar pela realização de restauração provisória para que, em atendimento sequencial, após a diminuição da sintomatologia, seja realizada a restauração definitiva.

Nestes casos, não há necessidade de prescrição de medicação sistêmica, já que, feito o diagnóstico correto e a intervenção, o quadro de dor estará controlado. O prognóstico dessa condição pulpar é bom para a polpa e para o dente.

#### 7.1.2 Pulpite sintomática

Após o diagnóstico de pulpite sintomática, uma intervenção pulpar será necessária. A intervenção local dependerá do nível de comprometimento da polpa, podendo ser uma curetagem pulpar, uma pulpotomia ou até um tratamento endodôntico propriamente dito. Polpas de cor vermelho vivo e rutilante, com tecido de consistência firme e com elasticidade, sem hemorragia, indicarão a possibilidade de um tratamento conservador (curetagem ou pulpotomia) que deverá ser executado pelo cirurgião-dentista.

Nesta situação, caso não haja tempo hábil para fazer um atendimento completo, o cirurgião-dentista poderá optar por fazer abordagem inicial com:

- remoção de tecido cariado;
- remoção da polpa alterada (curetagem ou pulpotomia);
- colocação de uma bolinha de algodão embebida em medicamento à base de hidrocortisona, sulfato de neomicina e sulfato de polimixina B; e
- restauração provisória.

O tratamento definitivo poderá ser executado no atendimento sequencial.

Polpas que apresentarem alterações da normalidade – cor vermelho vivo e rutilante, tecido de consistência firme, com elasticidade e sem hemorragia – possuem indicação de tratamento radical (endodontia). Neste caso, o usuário será encaminhado para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), porém o atendimento inicial será de responsabilidade do cirurgião-dentista na Atenção Básica, que deverá remover a lesão de cárie ou as restaurações falhas, realizar o esvaziamento do canal radicular (por terços) e promover o curativo intracanal com a utilização de paramonoclofenol canforado e o selamento da cavidade com cimento provisório.

O paramonoclofenol canforado é indicado para ser usado em casos onde ainda há a presença de polpa vital e o curativo deverá permanecer por um longo tempo. Uma das formas mais recorrentes consiste no uso de um cone de papel umedecido com este medicamento e acomodado gentilmente no interior do canal radicular, sem causar a sua obstrução. O tricresol formalina está contraindicado nos casos de polpa ainda vital, pois causará irritação química do tecido e, conseqüentemente, dor.

Convém destacar que o usuário a ser encaminhado para o CEO deverá apresentar as seguintes situações:

- **Com relação ao dente:** remoção total do tecido cariado, curativo de demora e material restaurador provisório, com coroa clínica suficiente para colocação dos grampos de isolamento absoluto, sem mobilidade acentuada e com menos de 2/3 de extrusão por perda do antagonista.
- **Com relação à cavidade bucal:** adequação do meio bucal com remoção dos focos infecciosos.

No caso de o usuário apresentar dor moderada a intensa, além das ações locais, o cirurgião-dentista poderá utilizar uma medicação sistêmica para o alívio da dor, como diclofenaco de potássio 50 mg ou nimesulida 100 mg. No entanto, vale ressaltar que nesses casos a intervenção odontológica é imperiosa! O uso apenas de medicação sistêmica poderá aliviar os sintomas, mas irá mascarar o quadro instalado, que retornará de forma exacerbada, uma vez que o agente agressor não foi eliminado.

(Ver Anexo A)

### 7.1.3 Pulpite assintomática

Nos casos de pulpite assintomática em que há presença de polpa ulcerada, geralmente o tratamento de eleição será a endodontia convencional (pulpectomia). No entanto, é válido verificar as condições clínicas pulpares em busca de sinais de comprometimento ou não desse tecido.

Se houver necessidade de tratamento endodôntico, o usuário poderá ser encaminhado para o CEO, desde que o elemento dental possua as características para o devido tratamento. Porém, o atendimento inicial desse usuário será de responsabilidade do cirurgião-dentista da UBS, que deverá remover a lesão de cárie ou as restaurações falhas, realizar o esvaziamento do canal radicular e promover o curativo intracanal com a utilização de paramonoclofenol canforado e o selamento da cavidade com cimento provisório.

Nos casos em que há presença de **pólipo pulpar**, geralmente o tratamento é feito em duas etapas. O cirurgião-dentista da UBS deverá, na abordagem inicial, remover o pólipo pulpar por curetagem e avaliar as condições clínicas da polpa. Havendo possibilidade de tratamento conservador (pulpotomia), este deverá ser realizado visando à manutenção da polpa radicular, especialmente nos casos de rizogênese incompleta. Caso haja o sucesso da intervenção, posteriormente o cirurgião-dentista poderá realizar a restauração definitiva. Caso contrário, haverá necessidade de endodontia e o usuário será encaminhado para o CEO.

## 7.2 Alterações Periapicais

### 7.2.1 Pericementite apical

O tratamento da pericementite apical será de ordem local e sistêmica.

O próprio cirurgião-dentista da UBS poderá atuar no **tratamento local** da pericementite apical **traumática**, que consiste numa restauração com contato prematuro, que deverá passar por ajuste oclusal. Por tratar-se de um agente causal não persistente, além das medidas de ordem local, o **tratamento sistêmico** da pericementite traumática poderá incluir o uso de medicamentos. (Ver Anexo A)

Nos casos de pericementite apical **infecciosa**, para o **tratamento local**, o cirurgião-dentista deverá proceder à neutralização do conteúdo séptico-necrótico do canal radicular com o uso de instrumentos endodônticos e solução irrigadora (em terços), realizar o curativo de demora com **tricresol formalina**<sup>5</sup>, selar o dente com um cimento restaurador provisório e encaminhar o usuário para o tratamento endodôntico.

<sup>5</sup> Utilize uma bolinha de algodão umedecido para aplicar o medicamento e remova o excesso com gaze.

Nestas situações, é recomendado fazer um alívio oclusal. Além disso, como o agente causal é persistente, o **tratamento sistêmico** incluirá o uso de um antibiótico devido ao caráter infeccioso. (Ver Anexo B).

## 7.2.2 Abscesso periapical agudo

O **tratamento local** e **sistêmico** do abscesso periapical agudo **inicial** será semelhante ao instituído para a pericementite apical infecciosa: neutralização do conteúdo séptico-necrótico do canal radicular com o uso de instrumentos endodônticos e solução irrigadora (em terços). Se houver a presença de coleção purulenta no interior do canal radicular, a possibilidade de drenagem via canal será maior. Mas, se isso não acontecer, o organismo tenderá a exteriorizar o pus por um trajeto alternativo, que resultará em fístula. Caso ocorra a drenagem via canal, haverá, imediatamente, alívio dos sintomas. Em seguida, o cirurgião-dentista deverá realizar o curativo de demora com **tricresol formalina**<sup>6</sup>, selar o dente com um cimento restaurador provisório e encaminhar o usuário para o CEO, onde deverá realizar o tratamento endodôntico. Nestes casos, é recomendada a realização de alívio oclusal.

<sup>6</sup> Também neste caso utilize uma bolinha de algodão umedecido para aplicar o medicamento e remova o excesso com gaze.

No caso do abscesso periapical agudo **em evolução**, além das medidas de ordem **local** realizadas para o abscesso periapical agudo inicial, pode-se ainda recomendar, como **tratamento sistêmico**, bochechos com solução aquecida (morna) várias vezes ao dia, com o intuito de acelerar o amadurecimento do abscesso.

Em relação ao abscesso periapical agudo **evoluído**, além das medidas de ordem local realizadas para o abscesso periapical agudo inicial, caso não ocorra a drenagem via fístula e o edema estiver localizado, o cirurgião-dentista da UBS poderá executar, como medida de ordem **sistêmica**, a drenagem cirúrgica, ou seja, uma incisão no ponto de flutuação do edema e a drenagem da coleção purulenta.

Nas três fases do abscesso periapical agudo é importante ressaltar que o dente **não** deverá permanecer aberto entre sessões com o propósito de aliviar a dor do usuário. Essa conduta permitiria a colonização do canal radicular por outros microrganismos, o que dificultaria a posterior sanificação do canal radicular, além de possibilitar o acúmulo de alimentos que poderia obstruir o canal radicular e dificultar a higiene por parte do usuário.

A instituição de um adequado esvaziamento e a devida medicação são medidas importantes para a desinfecção prévia do conteúdo séptico-necrótico no interior dos canais radiculares. Para o alívio da dor do usuário, pode-se lançar mão de medicação sistêmica,

que será eficiente para combater a infecção (antibiótico) e a dor (analgésico). O tratamento sistêmico do abscesso periapical agudo, seja qual for a fase em que se encontra, prevê o uso de antibióticos ou associações mais potentes, considerando-se as características da infecção. (Ver Anexo C).

O **tratamento da Angina de Ludwig** assume sempre **caráter de emergência**, uma vez que o crescimento rápido da celulite poderá levar a pessoa ao sufocamento. Sendo assim, quatro princípios deverão ser seguidos: manutenção das vias aéreas, drenagem cirúrgica, antibioticoterapia e eliminação do foco de infecção. Diante de um quadro como este, o cirurgião-dentista deverá pedir o apoio da equipe da UBS para que seja executada rapidamente a manutenção das vias aéreas do usuário e o seu encaminhamento para um ambiente hospitalar, onde será executada a drenagem cirúrgica e a medicação sistêmica. Somente após essa fase emergencial o foco de infecção será tratado de forma local.

Dessa forma, após o retorno do usuário à UBS, o cirurgião-dentista realizará a neutralização do conteúdo séptico-necrótico do canal radicular com o uso de instrumentos endodônticos e solução irrigadora (em terços), curativo de demora com tricresol formalina, selamento do dente com um cimento restaurador provisório e encaminhamento do usuário para o CEO, onde deverá ser realizado o tratamento endodôntico.

## 7.2.3 Abscesso periapical crônico agudizado [abscesso Fênix]

O **tratamento local** e **sistêmico** do abscesso periapical crônico agudizado será semelhante ao instituído para o abscesso periapical agudo evoluído: neutralização do conteúdo séptico-necrótico do canal radicular com o uso de instrumentos endodônticos e solução irrigadora (em terços), drenagem via canal (se for o caso), curativo de demora com tricresol formalina e selamento do dente com cimento restaurador provisório. Se não houver fístula e o edema estiver localizado, o cirurgião-dentista da UBS poderá executar a drenagem cirúrgica. Em seguida, o usuário deverá ser encaminhado para o CEO, onde será realizado o tratamento endodôntico.

Assim como no abscesso periapical agudo, o dente não deverá permanecer aberto entre as sessões, com o propósito de aliviar a dor do usuário. Após o curativo de demora, faça uso da medicação sistêmica para aliviar a dor. O tratamento sistêmico, nestes casos, prevê o uso de antibióticos ou associações mais potentes. (Ver Anexo C).

Em algumas situações será necessário realizar um atendimento sequencial para melhor resolução do caso (curetagem, pulpotomia ou quadros agudos sem remissão). A seguir você encontrará informações relativas ao atendimento sequencial quando este for pertinente.

---

## 8. ATENDIMENTO SEQUENCIAL

---

Nem sempre será possível resolver a situação com somente um atendimento ao usuário. Assim, em alguns casos, será necessário que o cirurgião-dentista faça um atendimento sequencial. Normalmente, opta-se por realizar atendimento sequencial devido ao curto tempo da consulta ou devido a um quadro agudo sem remissão.

Para as **alterações pulpares** em que se opte pela realização de curetagem ou de pulpotomia em duas sessões, no atendimento sequencial o cirurgião-dentista deverá realizar a restauração definitiva, após a remissão da sintomatologia. Neste caso, será removida a restauração provisória e realizada a proteção pulpar, seguida da restauração definitiva que se julgar pertinente ao caso (amálgama ou resina).

Nos casos de **alterações periapicais**, o usuário será encaminhado para realizar o tratamento com endodontista no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Desta forma, a abordagem inicial poderá ser suficiente para proceder ao encaminhamento. Entretanto, se o caso for agudo e a sintomatologia não ceder, o cirurgião-dentista deverá realizar atendimento sequencial para a remissão do quadro agudo, repetindo as manobras de drenagem e os curativos até que ocorra o alívio da sintomatologia.

---

## 9. INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO E MONITORAMENTO

---

O encaminhamento do usuário para o Centro de Especialidades Odontológicas será necessário sempre que o tratamento definitivo for a endodontia. Nesses casos, caberá ao cirurgião-dentista a abordagem inicial e o atendimento sequencial, quando este for necessário para o alívio da sintomatologia.

É importante destacar que, em todos os casos de encaminhamentos, há necessidade de que o cirurgião-dentista da Atenção Básica faça o acompanhamento do usuário enquanto este aguarda atendimento no CEO. Cabe a ele também realizar a troca do curativo e manter o selamento do dente até que o usuário seja chamado para o tratamento endodôntico.

Antes de ir para o CEO, o usuário deverá receber orientações do cirurgião-dentista da Atenção Básica sobre a necessidade de retornar assim que o seu tratamento endodôntico estiver concluído, para que o elemento dental seja restaurado definitivamente. Os mecanismos de referência e contrarreferência serão viabilizados pelo uso do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) ou, na sua falta, pelo uso de formulário próprio com informações a respeito dos procedimentos realizados em ambos os níveis.

---

## 10. RESUMO DO MÓDULO

---

Caro aluno.

Neste módulo você aprendeu sobre o manejo da dor de origem endodôntica: classificação das alterações pulpares e periapicais, métodos de avaliação diagnóstica, diagnóstico diferencial entre as patologias que se assemelham, abordagem inicial e sequencial do usuário, e, quando necessário, encaminhamentos e monitoramento. Desta forma, esperamos auxiliá-lo em sua rotina clínica para o melhor manejo dos usuários com relação às situações descritas.

Tenha uma boa avaliação!

*Michelle Tillmann Biz*

- BEVERIDGE, E. E.; BROWN, A. C. The measurement of human dental intrapulpal pressure and its response to clinical variables. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v.19, may. 1965. p. 655-658.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: < [http://www.apcd.org.br/anexos/projetos\\_sociais/projeto\\_sb.pdf](http://www.apcd.org.br/anexos/projetos_sociais/projeto_sb.pdf) >. Acesso em: 15 mar. 2012.
- CONSOLARO, A. Alterações pulpare: correlações clínico-radiográficas e microscópicas. In: LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Endodontia: tratamento de canais radiculares**. 3.ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
- \_\_\_\_\_. RIBEIRO F. C. Periapicopatias: etiopatogenia e inter-relações dos aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos e suas implicações terapêuticas. In: LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Endodontia: tratamento de canais radiculares**. 3.ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
- ESTRELA, C.; FIGUEIREDO, J. A. P. Patologia periapical. In: \_\_\_\_\_. **Endodontia: princípios biológicos e mecânicos**. São Paulo: Artes Médicas, 1999a.
- \_\_\_\_\_. Patologia pulpar. In: \_\_\_\_\_. **Endodontia: princípios biológicos e mecânicos**. São Paulo: Artes Médicas, 1999b.
- ESTRELA, C. et al. H. Avaliação da dor e de testes de vitalidade para o diagnóstico da inflamação pulpar. **ROBRAC**, v.5, n.16, p.4-8, 1995.
- ESTRELA, C. Diagnóstico das alterações da polpa dentária. In: \_\_\_\_\_. **Ciência Endodôntica**. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- KUGA M. C.; DUARTE, M. A. H. Terapêutica medicamentosa em Endodontia. In: SÓ, M. V. R. (Org.). **Endodontia: as interfaces no contexto da odontologia**. São Paulo: Santos, 2007.
- MARTINS, L.; et al. Angina de Ludwig: considerações sobre conduta e relato de caso. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde**, v.27, n.4, p. 413-416, 2009.
- PAIVA, J. G.; ANTONIAZZI, J. H. Etiopatogenia das alterações pulpare. In: \_\_\_\_\_. **Endodontia: bases para a prática clínica**. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1988.
- REEVES, R.; STANLEY, H. R. The relationship of the bacterial penetration and pulpal pathosis in caries teeth. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v.22, n.1, p. 59-65, 1966.
- REGEZI, J. A., SCIUBBA, J. J.; JORDAN, R. C. K. Lesões inflamatórias dos ossos gnáticos. In: \_\_\_\_\_. **Patologia Bucal: correlações clínico-patológicas**. 5.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- SALVADOR, T. F. **Pericementite apical aguda: revisão de literatura**. Piracicaba. 2011. 52p. Monografia (Especialização em Endodontia). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
- TONDER, K. J.; KVINNSLAND, I. Micropuncture measurements of interstitial fluid pressure in normal and inflamed dental pulp in cats. **J. Endod.**, v.9, n.3, p.105-109, 1983.
- VAN HASSEL, H. J. Physiology of the human dental pulp. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, v.32, n.1, p.126-134, 1971.
- VIER-PELISSER, F. V.; SÓ, M. V. R. Patologia aplicada à Endodontia. In: SÓ, M. V. R. (Org.). **Endodontia: as interfaces no contexto da odontologia**. São Paulo: Santos, 2007.

**Michelle Tillmann Biz**

Professora de Histologia Buco-Dental da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Endodontia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Doutora em Biologia Celular e Tecidual pela Universidade de São Paulo (USP).

<http://lattes.cnpq.br/3602834731747452>

**EVENTOS AGUDOS  
NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Dor de Origem Endodôntica**

**Anexos**

**Autor: Rubens Rodrigues Filho**

## ANEXO A

Ao longo deste material, você obteve informações a respeito da pulpite sintomática e da pericementite apical traumática, e viu que muitas vezes é necessário o uso de medicamentos sistêmicos. Estes podem ser basicamente analgésicos – ou seja, que atuam sobre a dor – ou aqueles capazes de atuar sobre o processo inflamatório, onde a dor também está presente.

Aqui você encontrará associações de analgésicos, que são interessantes para os casos de dor intensa. Portanto, a seguir, apresentamos uma série de opções para a prescrição as quais você pode escolher, pois todas são indicadas. Além disso, ao final deste Anexo, você encontrará um protocolo que também poderá ser aplicado caso você tenha dificuldades na escolha do agente terapêutico.

Lembre-se sempre que nenhum dos medicamentos listados soluciona todos os casos, havendo, em algumas situações, a necessidade de troca ou ajuste de dose.

### a) Derivados do paraminofenol ou acetaminofeno

Os derivados do paraminofenol ou acetaminofeno apresentam atividade basicamente analgésica. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 1 – Medicamentos com base em derivados do paraminofenol ou acetaminofeno

MEDICAMENTOS COM BASE EM DERIVADOS DO PARAMINOFENOL OU ACETAMINOFENO
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Comprimidos de 500mg. Administrar por via oral 1 comprimido de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas.
Comprimidos de 750mg. Administrar por via oral 1 comprimido de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas.
Em gotas, 500mg, 650mg ou 750mg. Administrar 55 gotas a cada 6 horas.

**Observação:** a concentração padrão do paracetamol é 500mg. A dose deve ser ajustada de acordo com a sintomatologia e a dose máxima recomendada para o medicamento.

### b) Derivados da pirazolona (atividade basicamente analgésica)

Os derivados da pirazolona apresentam atividade basicamente analgésica. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 2 – Medicamentos com base em derivados da pirazolona

MEDICAMENTOS COM BASE EM DERIVADOS DA PIRAZOLONA
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Comprimidos de 500mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 horas.

**Observação:** a concentração padrão da dipirona é 500mg. A dose deve ser ajustada de acordo com a sintomatologia e a dose máxima recomendada para o medicamento.



### c) Associações de analgésicos

Aqui temos outra opção terapêutica importante para os casos em que o paracetamol ou a dipirona não controlam a dor. A prescrição deve ser feita em receituário de controle especial (duplo carbonado). Observe agora a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 3 – Medicamentos com base em associações de analgésicos

MEDICAMENTOS COM BASE EM ASSOCIAÇÕES DE ANALGÉSICOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Propoxieno 50mg + ácido acetilsalicílico 325mg	Cápsulas de 50mg. Administrar 1 cápsula por via oral de 4 em 4 horas.
Paracetamol 750mg + codeína 30mg*	Comprimidos de 30mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 horas.
Analgésico opioide [agonista $\mu$ ]	Comprimidos de 50mg ou 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Em gotas, 50mg/mL. Administrar, por via oral, 20 gotas diluídas em água a cada 8 horas (máximo de 400mg/dia).
	Injetável, 50mg/mL ou 100mg/mL. Administrar 1 ampola, por via intramuscular ou intravenosa, de 8 em 8 horas (máximo de 400mg/dia).
Cloridrato de tramadol [agonista $\mu$ ]	Cápsulas de 50mg. Administrar 1 cápsula por via oral a cada 8 horas (dose máxima 400mg/dia).
	Em gotas, 100mg. Administrar 15 (0,5mL) ou 30 (1mL) gotas a cada 6 ou 8 horas.
Codeína 50mg + diclofenaco sódico 50mg	Comprimidos de 50mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.

\* Somente paracetamol e codeína constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

#### d) Medicamentos analgésicos com ação anti-inflamatória

Abaixo temos outras possibilidades terapêuticas, agora com medicamentos que apresentam ação significativa sobre o processo inflamatório. Lembre-se sempre que esses medicamentos também são analgésicos e que, portanto, não há necessidade de associá-los com dipirona ou paracetamol. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 4 – Medicamentos com ação analgésica e anti-inflamatória

MEDICAMENTOS COM AÇÃO ANALGÉSICA E ANTI-INFLAMATÓRIA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Diclofenaco potássico	Drágeas de 50mg ou comprimidos de 50mg. Administrar 1 drágea ou comprimido por via oral de 6 em 6 horas ou de 8 em 8 horas.
	Injetável, ampola de 75mg/3mL. Administrar 1 ampola ao dia por via intramuscular durante 2 dias.
Diclofenaco com colestiramina	Cápsulas de 70mg de liberação prolongada. Administrar 1 cápsula ao dia por via oral.
Naproxeno sódico	Comprimidos de 250mg, 275mg, 500mg ou 550mg (concentração ajustada de acordo com a sintomatologia e a dose máxima recomendada). Administrar 1 comprimido por via oral de 12 em 12 horas.
	Comprimidos de 275mg ou 550mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 12 em 12 horas.
Ibuprofeno*	Comprimidos de 200mg, 300mg, 400mg ou 600mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6, 8 em 8 ou 12 em 12 horas.
	Comprimidos de 400mg, cápsulas de liberação prolongada; drágeas de 200mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 12 em 12 horas.
	Comprimidos de 200mg revestidos. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.
Benzidamina	Drágeas de 50mg. Administrar 1 drágea por via oral a cada 6 ou 8 horas.
Ácido mefenâmico	Comprimidos de 500mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.
	Comprimidos de 50mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas.
	Injetável, ampola de 75mg.
Diclofenaco sódico	Injetável, ampola de 75mg. Administrar, por via intramuscular, 1 ampola ao dia por, no máximo, 2 dias.
	Comprimidos de 100mg de liberação prolongada. Administrar por via oral 1 comprimido ao dia.
Piroxicam	Cápsulas de 20mg ou comprimido sublingual de 20mg. Administrar por via oral 1 cápsula ao dia.
	Comprimidos de 20mg. Administrar por via oral 1 comprimido ao dia.
	Injetável, 20mg/mL. Administrar 1 ampola ao dia por via intramuscular.
Nimesulide	Comprimidos de 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.
Aceclofenaco	Comprimidos de 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.

Meloxicam	Comprimidos de 7,5mg ou 15mg. Administrar 1 comprimido de 7,5mg por via oral de 12 em 12 horas; ou 1 comprimido de 15mg a cada 24 horas.
	Injetável (solução), ampolas de 15mg (1,5 mL). Administrar 1 ampola ao dia por via intramuscular.
Celecoxib	Cápsulas de 200mg. Administrar 1 cápsula por via oral de 12 em 12 horas.
Arcóxia	Comprimidos de 90mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 24 horas.
Cetoprofeno	Cápsulas de 50mg; comprimidos de desintegração entérica de 100mg; comprimidos de desintegração lenta de 200mg. Administrar 1 cápsula ou 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
Tenoxicam	Comprimidos de 20mg; granulados de 20mg. Administrar 1 comprimido a cada 24 horas.
	Injetável, 20mg (2mL). Administrar 1 ampola ao dia por via intramuscular.
Fenoprofeno	Cápsulas de 200mg. Administrar 1 cápsula a cada 6 horas.
Cetorolaco de trometamina	Comprimidos de 10mg. Administrar 1 comprimido por via sublingual a cada 6 ou 8 horas.
* Somente ibuprofeno consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.	

**Observação:** os medicamentos com atividade analgésica – que atuam, principalmente, sobre a dor –, assim como as associações de analgésicos, devem ser prescritos por período de 24 horas, mas você pode diminuir ou aumentar o tempo de uso em função da necessidade. Por outro lado, aqueles com atividade sobre o processo inflamatório – você viu que são vários – devem ser prescritos em média por 3 dias.

Observe ainda que, dentre tantos medicamentos anti-inflamatórios, existem alguns que são seletivos para ciclooxigenase 2 – como, por exemplo, nimesulida, aceclofenaco, meloxicam – e outros que são altamente seletivos para ciclooxigenase 2 – como celecoxib e etoricoxib. Estes irritam menos a mucosa gástrica e, portanto, podem ser prescritos para usuários com enfermidade gástrica.

Observe, a seguir, alguns protocolos que poderão ser aplicados caso você tenha dificuldades na escolha do agente terapêutico.

Observe, a seguir, alguns protocolos que poderão ser aplicados caso você tenha dificuldades na escolha do agente terapêutico.

### Protocolo - Tratamento da Pulpite Sintomática

a) Anestesia local: podemos usar qualquer solução anestésica local com qualquer vasoconstritor. A adequação poderá ser feita em função do procedimento, mas, também, como visto anteriormente, de acordo com as condições sistêmicas do usuário.

b) Procedimentos endodônticos.

c) Medicação pós-operatória:

- Dipirona sódica: comprimidos de 500mg ou solução de 500mg/mL. Dose e posologia: 1 comprimido por via oral a cada 4 horas; ou 25 a 35 gotas a cada 4 horas, por mais ou menos 24 horas após o atendimento; ou
- Paracetamol: comprimidos de 750mg. Dose e posologia: 1 comprimido a cada 6 horas por mais ou menos 24 horas após o atendimento; ou
- Nimesulida: comprimidos de 100mg. Dose e posologia: 1 comprimido a cada 12 horas por 3 dias após o atendimento.

### Observação:

1) Observe que, neste caso, o curativo de demora a ser usado tem propriedades analgésicas e anti-inflamatórias, o que pode dispensar o uso do último e, algumas vezes, dispensa o uso de qualquer medicação pós-operatória.

2) Nas pulpites o atendimento é emergencial, o que dificulta a prescrição antecipada de algum medicamento.

### Protocolo - Pericementite Apical Traumática

a) Anestesia local: quando necessária, podemos usar qualquer solução anestésica local com qualquer vasoconstritor. A adequação poderá ser feita em função do procedimento, mas, também, como visto anteriormente, de acordo com as condições sistêmicas do usuário.

b) Ajuste oclusal.

c) Medicação pós-operatória:

- Dipirona sódica: comprimidos de 500mg ou solução de 500mg/mL. Dose e posologia: 1 comprimido por via oral a cada 4 horas; ou 25 a 35 gotas a cada 4 horas, por mais ou menos 24 horas após o atendimento; ou
- Paracetamol: comprimidos de 750mg. Dose e posologia: 1 comprimido a cada 6 horas, por mais ou menos 24 horas após o atendimento; ou
- Nimesulida: comprimidos de 100mg. Dose e posologia: 1 comprimido a cada 12 horas por 3 dias após o atendimento.

Quando se trata de pericementite apical infecciosa, é indicado o uso sistêmico de antibióticos, pois há uma infecção presente. Entretanto, não se esqueça de que a dor também pode estar presente. Assim, o tratamento medicamentoso deve ser feito com analgésicos ou, ainda, com anti-inflamatórios, como aqueles descritos no ANEXO A. A seguir, você encontrará várias opções de antibióticos e, também, um protocolo de uso para facilitar o seu trabalho.

### Penicilinas

Constituem-se como a primeira opção diante de infecções odontogênicas. No entanto, você deve ficar atento, pois existem outras opções que podem ser a solução quando o usuário relata ser alérgico a penicilina.

#### a) Penicilinas V:

Quadro 5 – Penicilinas V

PENICILINAS V	
DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO	
Comprimidos de 500.000 UI*. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6 horas.	
Comprimidos de 1.200.000 UI*. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.	
* Observação: 1.600 UI correspondem a 1mg.	

#### b) Penicilinas de amplo espectro:

Quadro 6 – Penicilinas de amplo espectro

PENICILINAS DE AMPLO ESPECTRO	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Ampicilina	Cápsulas de 250mg e 500mg; comprimidos de 250mg, 500mg e 1000mg. Adultos: tanto para cápsulas como para comprimidos, prescrever 1 a 2 g/dia, dividida em 4 administrações.
	Injetável, 500mg e 1 grama. Adultos: 1 a 2 g/dia, dividida em 4 administrações.
Amoxicilina*	Cápsulas de 500mg; comprimidos de 875mg e 1000mg. Adultos: 1 cápsula ou 1 comprimido de 8 em 8 horas.
Metampenicilina	Cápsulas de 500mg. Adultos: 1 cápsula de 8 em 8 horas.
	Injetável, 500mg. Adultos: 1 ampola via intramuscular a cada 8 horas.
Amoxicilina/Ácido clavulânico*	Comprimidos de 500mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato de potássio; comprimidos de 875mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato de potássio. Adultos: administrar 1 comprimido de 8 em 8 horas.
	Injetável, frasco-ampola de 500mg de amoxicilina + 100mg de clavulanato de potássio; injetável, frasco-ampola de 1000mg de amoxicilina + 200mg de clavulanato de potássio. Adultos: administrar 1 frasco-ampola de 8 em 8 horas.
* Somente amoxicilina e amoxicilina e ácido clavulânico constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.	

## Cefalosporinas

As cefalosporinas são mais uma opção diante de infecções odontogênicas, entretanto, não devem ser prescritas para indivíduos que relatam ser alérgicos à penicilina.

Quadro 7 – Cefalosporinas

CEFALOSPORINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Cefalexina*	Drágeas de 500mg; cápsulas de 500mg; comprimidos de 500mg. Adultos: administrar 1 drágea, 1 cápsula ou 1 comprimido a cada 8 horas.
Cefazolina	Injetável, frasco-ampola de 250mg, 500mg e 1000mg. Adultos: administrar 250mg ou 500mg por via intramuscular de 8 em 8 horas.
Cefotaxima*	Injetável, 500mg e 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular, de 1g a 2g ao dia, dividida em 2 administrações.
Cefalotina	Injetável, frasco-ampola com 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular, de 1g a 2g em dose única.
Ceftazidima	Injetável, ampolas de 1000mg e 2000mg. Adultos: administrar 1g, por via intramuscular ou intravenosa, de 8 em 8 horas

\* Somente cefalexina e cefotaxima constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

## Macrolídeos

Dentre os macrolídeos, vamos destacar uma medicação que é derivada da eritromicina e que, certamente, você conhece: chama-se azitromicina.

Quadro 8 – Macrolídeos

MACROLÍDEOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Azitromicina	Drágeas de 500mg; cápsulas de 500mg; comprimidos de 500mg. Comprimidos de 500mg e 1g; cápsulas de 250mg. Adultos: administrar 250mg, 500mg ou 1000mg ao dia.

Azitromicina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

## Lincosaminas

Dentre as lincosaminas, vamos destacar a clindamicina. Observe:

Quadro 9 – Lincosaminas

LINCOSAMINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Clindamicina	Cápsulas de 150mg e 300mg. Adultos: administrar 1 cápsula por via oral a cada 6 horas.
	Injetável, 300mg (2mL) ou 600mg (4mL) Adultos: administrar 1 ampola por via intramuscular ou intravenosa a cada 6 ou 8 horas.

Clindamicina consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

## Metronidazol

O metronidazol tem grande indicação nas periodontopatias, entretanto, pode ser usado em outras infecções odontogênicas, inclusive associado com amoxicilina.

Quadro 10 - Metronidazol

METRONIDAZOL	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Metronidazol	Comprimidos de 250mg e 400mg. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Injetável, 500mg (100mL). Adultos: administrar 1 ampola por via endovenosa a cada 8 horas.
Metronidazol consta na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.	

### Observações:

- 1) Todos os antibióticos citados devem ser prescritos por um período de aproximadamente 7 dias, exceção feita à azitromicina que deve ser administrada em dose única diária por três a cinco dias.
- 2) Nos usuários alérgicos a penicilina você pode administrar azitromicina, clindamicina ou, ainda, metronidazol.
- 3) Nas infecções severas em usuários alérgicos a penicilina a melhor indicação é a clindamicina; já nas infecções leves a moderadas podemos usar clindamicina ou azitromicina.
- 4) Quando você administrar anti-inflamatório para tratar a dor, lembre-se que ele será usado por um período de tempo menor que o antibiótico. Normalmente, o controle da infecção reduz a dor.

### Protocolo - Pericementite Apical Infeciosa

a) Anestesia local: quando necessária, podemos usar qualquer solução anestésica local com qualquer vasoconstritor. A adequação poderá ser feita em função do procedimento, mas, também, como visto anteriormente, de acordo com as condições sistêmicas do usuário.

b) Ajuste oclusal.

c) Medicação pós-operatória para dor:

- Dipirona sódica: comprimidos de 500mg ou solução de 500mg/mL. Dose e posologia: 1 comprimido por via oral a cada 4 horas; ou 25 a 35 gotas a cada 4 horas por, mais ou menos, 24 horas após o atendimento; ou
- Paracetamol: comprimidos de 750mg. Dose e posologia: 1 comprimido a cada 6 horas por, mais ou menos, 24 horas após o atendimento; ou
- Nimesulida: comprimidos de 100mg. Dose e posologia: 1 comprimido a cada 12 horas por 3 dias após o atendimento.

d) Medicação pós-operatória para infecção:

- Amoxicilina: cápsulas de 500mg. Dose e posologia: 1 cápsula a cada 8 horas por 7 dias; ou
- Azitromicina: comprimidos de 500mg. Dose e posologia: 1 comprimido por dia durante 3 ou 5 dias.

Neste momento, vamos ver como prescrever medicamentos nos casos de Abscesso periapical agudo, Abscesso periapical crônico agudizado e Angina de Ludwig. Lembre-se que nas situações citadas, além da infecção, temos um processo inflamatório presente, que pode estar exacerbado e limitar funcionalmente o usuário. Sendo assim, podemos justificar a prescrição de anti-inflamatórios em algumas situações. O tratamento medicamentoso da dor que acompanha os abscessos poderá ser feito com medicamentos de perfil basicamente analgésico ou, como foi visto no ANEXO A, com anti-inflamatórios. Portanto, caso você necessite prescrever algum deles, basta escolher uma das opções apresentadas, seguindo sempre os princípios também já comentados nos ANEXOS anteriores. Quanto à prescrição dos antibióticos, você pode fazer a escolha a partir das informações apresentadas no ANEXO B.

Lembre-se de que é importante observar se a infecção é leve, moderada ou severa, pois tal fato pode influenciar na prescrição dos medicamentos. Já chamamos a atenção para o caso dos indivíduos alérgicos a penicilinas, quando, nas infecções severas, recomenda-se a prescrição da clindamicina e não da azitromicina. Outro aspecto importante é que, nas infecções severas, a amoxicilina pode ser prescrita com ácido clavulânico, melhorando assim o espectro de ação da amoxicilina e possibilitando melhores resultados terapêuticos.

Voltando ao uso de anti-inflamatórios, é possível usar os não esteroidais – como vimos nos ANEXOS anteriores – mas também os esteroidais, seja por via oral ou mesmo injetáveis, de forma a reduzir a exacerbação do processo inflamatório que acompanha a infecção. Alguns deles são citados a seguir. Observe:

Quadro 11 – Anti-inflamatórios esteroidais

ANTI-INFLAMATÓRIOS ESTEROIDAIS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Betametasona	Injetável, ampolas de 1mL (7mg). A administração pode ser em dose única, pois tem ação prolongada.
	Injetável, ampolas de 1mL (8mg). A administração pode ser em dose única, pois tem ação prolongada.
Dexametasona	Injetável, ampolas de 2mL (16mg). A administração pode ser em dose única, pois tem ação prolongada.

Betametasona e dexametasona constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename, do Ministério da Saúde.

### Protocolo - Abscessos Periapicais

**Primeira etapa:** drenagem da coleção purulenta, que pode ser a partir do canal radicular, periodonto ou, ainda, por incisão cirúrgica intra ou extra bucal.

**Segunda etapa:** procedimentos endodônticos.

- **Medicação prévia à primeira e à segunda etapas:** opcional.

Antibiótico: o uso prévio à drenagem pode ser feito de acordo com a gravidade da situação, como quando há disseminação do processo infeccioso (linfadenite, celulite, trismo, etc), sinais e sintomas de ordem sistêmica (febre, taquicardia, falta de apetite, mal-estar geral) ou doenças sistêmicas que favoreçam a infecção. Caso você opte por fazê-lo, siga as orientações a seguir.

#### a) Indivíduos não alérgicos às penicilinas

Infecções leves a moderadas: amoxicilina 1g, 2 cápsulas; OU suspensão 250mg (5mL), administrar 20mL.

Infecções graves: amoxicilina 1g, 2 cápsulas + metronidazol 250mg, 1 comprimido; OU amoxicilina 500mg com clavulanato de potássio 125mg, 1 comprimido.

#### b) Indivíduos alérgicos às penicilinas

Infecções leves a moderadas: azitromicina 500mg ou 1000mg, 1 comprimido.

Infecções graves: clindamicina 600mg, 2 drágeas.

**Atenção:** o antibiótico pré deve ser dado cerca de 1 hora antes da intervenção.



- **Primeira etapa:** drenagem do abscesso.
  - Antissepsia: clorexidina.
  - Anestesia: bloqueio ou outra técnica (quando possível e houver necessidade).
  - Incisão.
  - Divulsão dos tecidos.
  - Colocação de dreno.
  - Medicação pós-operatória.
  - Dipirona sódica 500mg a 800mg, 1 comprimido a cada 4 horas OU paracetamol 750mg, 1 comprimido a cada 6 horas, por 24 horas.
  - Manutenção do antibiótico: quando usado previamente, continuar o seu uso empregando doses de manutenção conforme a indicação a seguir:

#### a) Indivíduos não alérgicos às penicilinas

Infecções leves a moderadas: amoxicilina 500mg, 1 cápsula a cada 8 horas durante 7 dias.

Infecções severas: amoxicilina 500mg, 1 cápsula a cada 8 horas + metronidazol 250mg, 1 comprimido a cada 8 horas; OU amoxicilina 500mg com clavulanato de potássio 125mg, 1 comprimido a cada 8 horas durante 7 dias.

#### b) Indivíduos alérgicos às penicilinas

Infecções leves a moderadas: azitromicina 500mg ou 1000mg, 1 comprimido por dia durante 3 dias.

Infecções severas: clindamicina 300mg, 1 cápsula a cada 6 ou 8 horas durante 7 dias.

**Observação:** o tratamento dos abscessos pode sofrer algumas modificações, ou seja, a drenagem cirúrgica será feita quando houver ponto de flutuação intra ou extra oral. A medicação prévia nem sempre precisa ser feita. Em endodontia, normalmente, fazemos a abordagem do abscesso em suas fases iniciais, quando os procedimentos normalmente seguem a seguinte ordem: procedimentos endodônticos e, em seguida, medicação antibiótica e analgésica que pode ser feita da maneira como indicamos acima.

- **Segunda etapa:** debridamento dos canais (procedimentos endodônticos).

Esta etapa pode ser iniciada logo que seja possível a identificação do elemento causador e a sua abordagem.

**Observação:** perceba que as etapas descritas podem ser alteradas em sua sequência dependendo do estágio de evolução do abscesso.

## Protocolo - Angina de Ludwig

**Primeira etapa:** drenagem da coleção purulenta (cirúrgica extra bucal).

**Segunda etapa:** procedimentos endodônticos ou exodônticos.

- Medicação prévia à primeira e à segunda etapas: recomendada.

a) **Indivíduos não alérgicos às penicilinas:** amoxicilina 1g, 2 cápsulas + metronidazol 400mg, 1 comprimido; OU amoxicilina 500mg com clavulanato de potássio 125mg, 1 comprimido.

b) **Indivíduos alérgicos às penicilinas:** clindamicina 600mg, 2 drágeas.

**Atenção:** o antibiótico pré deve ser dado cerca de 1 hora antes da intervenção.

- **Primeira etapa:** drenagem da coleção purulenta.

- Antissepsia: clorexidina.
- Anestesia: quando possível e houver necessidade.
- Incisão.
- Divulsão dos tecidos.
- Colocação de dreno.
- Medicação pós-operatória: dipirona sódica 500mg a 800mg, 1 comprimido a cada 4 horas OU paracetamol 750mg, 1 comprimido a cada 6 horas, por 24 horas.
- Manutenção do antibiótico: quando usado previamente, continuar o seu uso empregando doses de manutenção conforme a indicação a seguir:

a) **Indivíduos não alérgicos às penicilinas:** amoxicilina 500mg, 1 cápsula a cada 8 horas + metronidazol 400mg, 1 comprimido a cada 8 horas OU amoxicilina 500mg com clavulanato de potássio 125mg, 1 comprimido a cada 8 horas durante 7 dias.

b) **Indivíduos alérgicos às penicilinas:** clindamicina 300mg, 1 cápsula a cada 6 ou 8 horas, durante 7 dias.

**Observação:** no tratamento medicamentoso da Angina de Ludwig podemos usar cefalosporinas, dando-se preferências às injetáveis.

- **Segunda etapa:** debridamento dos canais (procedimentos endodônticos) ou procedimentos exodônticos.

Esta etapa pode ser iniciada logo que seja possível a identificação do elemento causador e a sua abordagem.

**Rubens Rodrigues Filho**

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983), mestrado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Atualmente é adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: terapêutica medicamentosa, dor e inflamação, farmacologia dos antidepressivos, implantodontia e odontogeriatria.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0724212974113584>