



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

KALYNKA BALTIERI

**PROCOLOS DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DO PLANTÃO
UNIVERSITÁRIO**

LONDRINA / 2015

KALYNKA BALTIERI

**PROCOLOS DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DO PLANTÃO
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade Estadual
de Londrina para obtenção do título de
Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Antônio Carrilho Neto

Londrina-PR / 2015

KALYNKA BALTIERI

**PROCOLOS DE ATENDIMENTO EM URGÊNCIAS E
EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS DO PLANTÃO
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade Estadual
de Londrina para obtenção do título de
Cirurgião Dentista.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Componente da Banca
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de _____ de 2015.

Dedico esse trabalho aos mestres que fizeram parte da minha vida desde a infância e que com tanto amor e entusiasmo me guiaram na jornada do conhecimento.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus, ou a qualquer que seja a energia pensante que nos move, agradeço pela perfeição e saúde que me fizeste, pelo sopro da vida e por ter me dado a chave mais preciosa que possuo para abrir as portas dessa vida: minha mente.

Agradeço a minha mãe, Janete Silvana, pelo amor, educação e exemplo, por ter me ensinado desde pequena o caminho que deveria andar, ter me incentivado e nunca deixado de acreditar em tudo que eu poderia me tornar. Obrigada por nunca ter me deixado só. Você é única na minha vida.

Agradeço aos meus avôs, Luiz e Maria Baltieri, pelo apoio não somente financeiro, mas acima de tudo pelo apoio familiar e segurança que sempre me proporcionaram, por terem acreditado no meu potencial e investido em mim. Obrigada meu avô pelo homem que o senhor é, grande exemplo de luta e disciplina. Espero ainda te fazer sentir orgulho da neta que ajudou a formar.

Agradeço a você, Danilo Saksida, pela amizade e amor, por todo apoio e paciência nos dias que pareciam desabar. Pode ter certeza que a caminhada teria sido muito solitária e pesada sem você para trilhar comigo. Fico imensamente feliz em ter encontrado em você um amigo e o grande amor da minha vida. Espero poder te retribuir tudo que você fez e faz por mim. Amo você.

Aos professores que fizeram parte da minha jornada, desde pequena, sei que não poderia ousar citar todos sem correr o risco de esquecer algum, então muito obrigada a cada um de vocês, trago no peito e na minha mente os ensinamentos de que me passaram.

Agradeço ao meu orientador e amigo Antônio Carrilho Neto, pela paciência e por todas as lições aprendidas em longos plantões, pelas risadas, pelas muitas refeições divididas e acima de tudo pelo exemplo como mestre.

Aos que não foram citados aqui, que a ausência não seja tomada como esquecimento, saiba que de todo coração serei sempre grata a todos que passaram pela minha vida e contribuíram para me trazer até aqui.

Obrigada!

1. RESUMO

As urgências e emergências odontológicas normalmente envolvem quadros severos de dor que geram desconforto físico e emocional nos pacientes. O diagnóstico executado de maneira criteriosa é de fundamental importância para escolha da conduta clínica e resolução do quadro até que o tratamento definitivo seja realizado.

Esse tipo de atendimento emergencial é prestado no Pronto Socorro Odontológico da Universidade Estadual de Londrina desde março do ano de 1991.

A presente revisão tem por objetivo encontrar protocolos de condutas clínicas em emergências odontológicas para a elaboração, atualização e padronização dos atendimentos no Plantão Odontológico 24 horas da Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina.

Palavras-Chave: Urgência, Emergência, Odontologia, Diagnóstico, Protocolos.

2. ABSTRACT

The emergency room and dental emergencies usually involve severe pain frameworks that generate physical and emotional distress in patients. The diagnosis performed in a judicious manner is very important to choose the clinical management and resolution of the picture until the final processing is carried out. This type of emergency care is provided in the Ready Dental Relief, State University of Londrina since March 1991. The present review aims to find protocols of clinical procedures in dental emergencies for the development, updating and standardization of care in Dental Duty 24 hours of University Dental Clinic of the State University of Londrina.

Keywords: Emergency, Emergency Dentistry, Diagnosis, Protocols.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	10
- Testes Clínicos.....	11
- Protocolos de atendimento para alterações patológicas de origem inflamatória.....	16
- Protocolos de atendimento em Traumatismos Dentários.....	32
DISCUSSÃO.....	55
CONCLUSÃO.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

3.INTRODUÇÃO

Histórico do Plantão Odontológico da Universidade Estadual de Londrina

O Plantão Odontológico da Universidade Estadual de Londrina era um sonho antigo de vários docentes da faculdade de Odontologia, dentre eles o Dr. Toshirico Tan, Os atendimentos em urgência e emergência odontológica já faziam parte da grade curricular e os alunos realizavam os procedimentos seguindo uma escala durante a semana, como parte das atividades de Clínica Integrada para os alunos do último semestre do curso.

Em 1991 é criado o Pronto Socorro Odontológico 24 horas pelo Professor Pedro Tonani (responsável pelo Orgão Suplementar de Odontologia) e professor Márcio de Almeida (Discente do Centro de Ciências da Saúde).

Em 1 de Março de 1991 foi inaugurado pelo então Governador Álvaro Dias o Pronto Socorro Odontológico 24 horas, o primeiro serviço de pronto atendimento em urgências e emergências em Odontologia do Paraná.

Inicialmente as atividades eram desenvolvidas em 4 equipes separados por biombos, em uma área do Ambulatório II, da atual Clínica Odontológica Universitária, por docentes plantonistas e Cirurgiões Dentistas concursados.

Atualmente o Pronto Socorro Odontológico 24 horas é referência da 17ª Regional de Saúde e se encontra localizado na Rua Hugo Cabral, 677, Centro- Londrina-Pr, em espaço adjacente a Clínica Odontológica da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina.

Os atendimentos de urgência e emergência realizados no plantão odontológico têm como principal objetivo o alívio das algias de origem estomatológica. Portanto os tratamentos realizados são adequados à realidade do que pode ser executado nas Unidades de Pronto atendimento 24 horas para a resolução do quadro e alívio da sintomatologia dolorosa, até que o tratamento definitivo seja executado.

A análise correta da história dental, cronologia e detalhamento da dor são de fundamental importância para o correto diagnóstico e escolha da conduta clínica a ser realizada (FIGUEIREDO et al 2007), portanto além da coleta adequada de informações no momento da anamnese se torna necessária uma análise criteriosa do fenômeno algico presente (ALVARES & ALVARES 2001).

4.OBJETIVO

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão bibliográfica direcionada da literatura, para levantamento de protocolos e condutas clínicas em urgências e emergências odontológicas, visando contribuir com a criação de um guia sucinto para padronizar os atendimentos prestados no Pronto Socorro 24 horas, considerando as particularidades dos serviços de urgência e emergência.

5.MATERIAIS E MÉTODOS

A literatura foi selecionada em buscas nas bases de dados BIREME, PubMed, MEDLINE e Biblioteca setorial da Clínica Odontológica Universitária, durante o período de fevereiro de 2015 até a data de submissão deste trabalho. Os artigos utilizados deveriam conter informações relacionadas a conduta clínica em patologias inflamatórias do órgão dentário: pulpites, necroses, abscessos dentoalveolares, abscessos periodontais, pericoronarites, pericementites, alveólites, além de literatura sobre traumas dentários.

6.JUSTIFICATIVA

A carência em literatura relacionada ao tema “Protocolos de atendimentos em urgências e emergências odontológicas”, fez com que o presente trabalho se baseasse em condutas ambulatoriais, embora o objetivo seja padronizar as condutas clínicas executadas em uma unidade de atendimento em Urgência e Emergência 24 horas, no caso o Plantão Odontológico Universitário.

7.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

As dores dentárias, sempre estão ligadas a processos inflamatórios agudos localizados em alguma porção do tecido conjuntivo que compõe o órgão dentário, seja esse pulpar, periapical, periodontal ou em ambos (ALVARES & ALVARES 2001). Dependendo das condições de aparecimento da dor, intensidade, localização e duração da dor relatada pelo paciente pode-se inferir o diagnóstico provável.

Quanto aos períodos em que a dor é sentida, podemos ter dor contínua, quando não houver períodos de acalmia, ou intermitente quando houver intervalos de total ausência de dor (ALVARES & ALVARES 2001) existe ainda a denominação de dor provocada, quando esta surgir somente após estímulo, seja calor ou frio ou relacionado ao toque, ou espontânea, quando a dor surgir independente de qualquer estímulo aparente.

Segundo Alvares et al 2001, as algias localizadas, ou seja, quando o paciente consegue identificar o elemento dentário sede da dor, em geral são consequência de alterações inflamatórias menores do tecido conjuntivo, enquanto em quadros mais intensos e difusos, o quadro normalmente é consequência de grandes alterações do tecido conjuntivo, envolvendo áreas adjacentes ao elemento sede da inflamação, nessa fase muitas vezes o paciente não consegue identificar o local da dor, nem responder corretamente aos estímulos realizados pelo dentista, representando um desafio para o diagnóstico.

MARSHALL(1979) descreveu como realizar um tratamento endodônticoemergencial adequado. Deve-se primeiro durante a anamnese, verificar a história médica do paciente, observar os sinais vitais, tais como frequência cardíaca 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 extra-oral e intra-oral (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 consequentemente a abordagem clínica mais adequada para alívio do quadro inflamatório/infeccioso e alívio da sintomatologia dolorosa do paciente.

7.1 Testes Clínicos:

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 periápice, 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 térmico de sensibilidade pulpar:

Segundo Figueiredo et al 2004 o sintoma mais relacionado as alterações pulpares é a dor frente a estímulos térmicos de frio e calor, portanto os testes térmicos são de grande importância para o diagnóstico da vitalidade e condição pulpar. Os testes devem se iniciar primeiramente, por um dente conhecidamente hígido, preferencialmente o homólogo ao dente suspeito, para se calibrar a resposta do paciente, já que normalmente polpas saudáveis respondem de maneira suave e rápida ao estímulo térmico.

A ausência de resposta aos estímulos sugere necrose pulpar, enquanto resposta positiva ao teste, mas que cessa rápido pode indicar pulpite reversível. Já o teste quando realizado em elementos com quadros de pulpite irreversível sugerem dor que demora a cessar e de grande intensidade. A característica, intensidade e duração da dor provocada no exame será de grande valia para avaliação da intensidade da inflamação do tecido conjuntivo, podendo assim guiar corretamente a conduta clínica evitando sacrificar polpas passíveis de recuperação ainda que parcial, ou diagnósticos incorretos que não solucionem o quadro.

O teste térmico frio pode ser realizado com um filete de gelo congelado em tubete anestésico, envolto em uma gaze, encostando-se à porção cervical do elemento suspeito e retirando-se assim que o estímulo for notado, pede-se para que o paciente relate com detalhes a dor sentida, embora muitas vezes quando o estímulo é positivo as reações dramáticas do paciente não deixem dúvidas do caráter da dor. Esse mesmo teste frio pode ser realizado com o uso de alguns líquidos refrigerantes de uso odontológico, como o nome comercial endoice, borrifando o líquido em uma pelota de algodão e encostando-se à porção cervical do elemento suspeito.

Como ambos os estímulos, tanto frio quanto quente, tem alto poder de desencadear dores violentas em situações de patologia pulpar, cabe ao cirurgião dentista coordenar o exame de maneira a minimizar o tempo do estímulo e a realização brusca do exame, procedendo de maneira a orientar o paciente sobre o que será executado, com calma e conduta suave.(FIGUEIREDO et al 2007)

Teste da anestesia:

Em casos nos quais a dor relatada pelo paciente é difusa se torna difícil a determinação do elemento dentário causador da algia, segundo Alvares et al.,(2001), muitas vezes a dor é difusa e irradiada a ponto de se confundir com dores na arcada antagônica ao

elemento com alteração inflamatória, mesmo quando realizados os exames de palpação, percussão e testes térmicos o paciente é incapaz de determinar com exatidão a localização da dor. Nesses casos eliminar áreas suspeitas suprimindo a dor com uso de anestésicos pode ajudar na determinação do diagnóstico.

O teste consiste na realização sucessiva e alternada de bloqueios infiltrativos nas áreas suspeitas, assim que o paciente relatar alívio da sintomatologia dolorosa pode-se inferir que a área é o sítio da alteração patológica causadora do quadro.

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. Para que seja útil e muitas vezes decisiva no diagnóstico do caso a radiografia deverá ter boa nitidez e acentuado contraste. Radiografias claras, sem nitidez, com sobreposições ou imagens distorcidas deverão ser descartadas e substituídas por tomadas periapicais de qualidade adequada como já citado acima.

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. Além do diagnóstico, a radiografia poderá ajudar durante as manobras clínicas, mostrando a dimensão e forma da câmara pulpar além da quantidade e posicionamento dos canais radiculares.

Algumas das alterações da normalidade que podemos observar nas radiografias periapicais são inúmeras, mas as mais frequentes, segundo Alvares et al.,(2011) são :

- Presença de cárie e sua proximidade com a polpa
- Dentes com cárie, com e sem alteração no periodonto apical
- Dentes restarados sem lesão apical com ou sem forramento protetor pulpar
- Dentes com fraturas coronárias, com ou sem exposição pulpar e sem aumento do espaço pericementário
- Dentes inclusos em prótese fixa, sem tratamento de canal e com ou sem aumento do espaço pericementário
- Dentes inclusos em prótese fixa, sem tratamento de canal, com e sem lesão periapical
- Modificações na conformação da câmara pulpar por deposição dentinária
- Fraturas dentárias tais como: coronárias ou radiculares
- Nódulos pulpares
- Aumento do espaço pericementário
- Reabsorções internas dos tecidos mineralizados do dente
- Reabsorções externas dos tecidos mineralizados do dente
- Áreas radiolúcidas periapicais circunscritas ou difusas
- Luxações dentárias, podendo ser, luxação com extrusão ou intrusão e luxações com desvio de lateralidade
- Trepanações dentárias
- Fratura óssea
- 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 algias 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 E ALVARES 2001)

Para fins didáticos os protocolos de atendimento clínico serão divididos em dois grandes grupos, separados por similaridades de caráter fisiopatológico ou inflamatório ou ainda por eventos traumáticos.

O primeiro grupo a ser abordado serão as desordens de origem inflamatórias mais frequentes, ou seja, as pulpites reversíveis e irreversíveis, necrose pulpar, os abscessos dentoalveolares, os abscessos periodontais, as pericoronarites, as pericementites e as alveolites.

No segundo grupo abordado estarão as desordens de origem traumática, tais como, avulsão, extrusão e intrusão dentária, concussão, subluxação e luxação com ou sem desvios da lateralidade.

7.2 Protocolos de atendimento para alterações patológicas de origem inflamatória

Pulpite reversível ou hiperemia pulpar aguda:

Patologia observada quando existe uma resposta inflamatória apenas no conjuntivo pulpar associado ao tecido dentinário agredido, todo o restante do tecido pulpar permanece em boas condições de vitalidade.

Segundo Alvares et al 2001 ,qualquer tipo de agressão aplicada sobre a dentina ou esmalte, normalmente causam algum tipo de reação no tecido conjuntivo pulpar, essa resposta se dá com aumento d atividade metabólica na região e conseqüente aumento do aporte sanguíneo. Se essa resposta inflamatória acontecer de maneira crônica haverá predominância de linfócitos e plasmócitos, se for aguda haverá predominância de neutrófilos, ou ainda na forma subaguda que será uma união das duas formas. O tipo de fase inflamatória depende da duração e intensidade da agressão ao tecido dentinário e a resposta imunológica presente irá caracterizar diretamente a sintomatologia do quadro.

As análises criteriosas do quadro e da sintomatologia são de salutar importância, já que de acordo com estudos sobre patologias pulpares a fase de pulpite reversível é um estágio inflamatório no qual ainda é possível reverter o quadro sem que seja necessário o sacrifício da polpa dentária.

A dor aguda nesses casos estará presente principalmente devido ao aumento do calibre dos vasos e da condição inflamatório do tecido conjuntivo pulpar que irá responder dolorosamente a estímulo como doce, azedo e principalmente frio.

As causas mais comuns são lesões cáries, restaurações recentes em cavidades profundas, realizadas com ataque ácido próximo a polpa, restaurações profundas sem material forrador, restaurações ou elementos com contato prematuro, retração gengival, fraturas do tecido dentinário entre outras agressões aplicadas sobre o elemento dentário.

(ALVARES & ALVARES 2001).

Sinais clínicos

A dor será de curta duração, cessando assim que retirado o estímulo. A dor é provocada e intermitente. O paciente normalmente irá relatar sensibilidade a alimentos doces ou azedos e dor aguda causada por líquidos gelados. A dor normalmente é controlada pelo uso de analgésicos por parte do paciente.

A resposta aos testes térmicos costuma ser positiva e exacerbada para frio e menos intensa ou inexistente para o calor.

Difícilmente responderá positivamente aos testes de percussão, mobilidade dentária e palpação, devido às características de etiologia e fase inflamatória do quadro de hiperemia pulpar, não se deve encontrar tumefações periapicais ou comprometimento dos tecidos de sustentação dentária, justificando assim a falta de reações positivas a esses estímulos.

Não deverá haver presença de fístulas ou linfonodos alterados a palpação extrabucal.

Imagem radiográfica

A tomada radiográfica periapical é decisiva para fechamento do quadro juntamente a sintomatologia, a radiografia deverá mostrar um periodonto com características de normalidade, sem aumento do espaço pericementário, lesões periapicais. Normalmente poderá ser observada na radiografia alguma causa provável da injúria, quando essa não for observada já clinicamente, entre as causas podemos citar restaurações extensas e profundas, fraturas e lesões cariosas.

Conduta clínica

A conduta clínica mais adequada consiste na remoção ou correção da causa (FIGUEIREDO et al 2007), para que o tecido conjuntivo tenha condições de voltar a um estado de normalidade. Todas as manobras clínicas devem visar a manutenção da função pulpar, ou seja, removendo a causa, por exemplo a cárie, e usando de maneira direta ou indireta um “forramento biológico”. Sequência de procedimentos segundo Alvares et al.,(2001)

1-Anestesia

A anestesia é de salutar importância, tendo em vista que o elemento apresenta sintomatologia álgica, a escolha adequada da técnica e a eficácia são imprescindíveis, principalmente em casos nos quais há iminência de exposição pulpar.

2- Profilaxia dentária

É importante proceder com a remoção de tudo que puder estar aderido a coroa dentária, como placa bacteriana, resíduos alimentares, tártaro e restaurações antigas, pois muitas vezes após a remoção descobre-se lesões cariosas, fraturas entre outros fatores que podem ser a causa do quadro de hiperemia pulpar.

3-Remoção de tecido cariado

Com uso de instrumentos rotatórios retiram-se restaurações e blocos metálicos, se existentes, tudo deverá ser prontamente removido, em seguida com uso de rotatórios ou curetas afiadas remove-se todo o tecido cariado, sem que haja exposição pulpar (ainda que a lesão se estenda a polpa, a exposição só deverá ser feita após isolamento com dique de borracha) Não há necessidade de se preocupar, no momento da retirada da cárie, em dar formato para a cavidade para restauração posterior.

4-Isolamento absoluto com dique de borracha

O uso do isolamento absoluto oferece diversas vantagens, como isolamento do elemento da contaminação salivar, proteção dos tecidos moles, gengiva e língua de instrumentos cortantes e substâncias usadas durante a terapia emergencial. Por diversos aspectos que se observe o isolamento oferecerá melhor qualidade na intervenção clínica a ser realizada.

Dispensar o uso do isolamento absoluto, usando qualquer outro meio de isolamento deverá ser um ato consciente por parte do profissional que deverá ter em mente os riscos e a precariedade das condições em que se irá executar o tratamento.

5-Limpeza da cavidade

A cavidade deverá ser completamente desbridada, limpa de qualquer fonte infecciosa, como restos de tecido cariado, restos alimentares ou resíduos de qualquer natureza.

6- Proteção pulpar

A proteção pulpar poderá ser feita em duas situações diversas, quando não houver exposição pulpar será denominada capeamento indireto, já quando houver exposição será denominado capeamento direto.

Capeamento indireto

É realizado colocando-se o material protetor na sobre a dentina adjacente a polpa, é válido lembrar que de acordo com a literatura não existe material protetor totalmente inerte ao conjuntivo pulpar, ou seja, mesmo a medicação utilizada pode ser um potencial fator de inflamação ou piora do quadro. A medicação de eleição será o Hidróxido de cálcio.

O hidróxido de cálcio, ainda não tem seus mecanismos esclarecidos, porém acredita-se que se deve a seu pH altamente alcalino . O hidróxido de cálcio é bastante efetivo em estimular a formação de dentina reparadora, portanto material adequado para ser empregado em cavidades profundas, em situações nas quais pode existir algum grau de exposição pulpar, mesmo que não visível clinicamente. (TRONSTAD, L.; MJÖR, I.A .1972)

O Hidróxido de cálcio deverá ser colocado na cavidade sob a forma de solução diluindo de 10 a 20 gramas de hidróxido de cálcio P.A. em 200ml de água destilada. A solução não deverá ser agitada, para que o excesso de cálcio se deposite no fundo do recipiente, a solução alcalina que deverá ser utilizada ficará sobre a deposição, em uma concentração aproximada de 0,2% de hidróxido de cálcio, a cavidade deverá ser lavada com essa solução.

Capeamento pulpar direto

Nos casos em que haja exposição do conjuntivo pulpar ao meio externo e se puder constatar visualmente um envolvimento patológico suave da polpa, essa deverá ser protegida e mantida em função.

A pasta de hidróxido de cálcio foi introduzida pela primeira vez por Hermann (1920), para proteção do complexo dentino-pulpar, devido a sua capacidade de estimular dentina reparadora quando colocada sobre a polpa.

7-Restauração provisória do dente

Os dentes que receberam capeamento indireto e principalmente o direto não tem indicação para serem restaurados em caráter definitivo imediatamente após o procedimento emergencial, um período mínimo de 30 dias é um prazo considerado conveniente para que se faça a restauração definitiva do elemento, desde que este apresente ao exame posterior sinais evidentes de vitalidade e normalidade pulpar.

Um material provisório como oxifosfato de zinco, cotosol ou qualquer outro material temporário deve ser utilizado como restaurador nesse período.

Depois de realizado o tratamento a dor pode persistir ainda por um período não superior a 48 horas, o que não caracterizará o insucesso da terapia emergencial.

Para garantir boa terapia coadjuvante além de garantir o conforto pós-operatório do paciente, deverá ser prescrito um analgésico, associado ou não a um medicamento antiinflamatório. Vale lembrar que qualquer medicação prescrita deverá respeitar os dados fornecidos pelo paciente durante a anamnese, evitando assim crises alérgicas e anafiláticas, concomitância com substâncias ou medicações já tomadas pelo paciente além de medicações não indicadas em decorrência de problemas sistêmicos ou peculiaridades inerentes a pessoa.

Pulpite Irreversível ou aguda:

A pulpite irreversível é a evolução do processo inflamatório da polpa, no qual a dor evolui até se tornar espontânea e contínua (De DEUS, QD, Endodontia, 5 d. Rio de Janeiro Medsi, 1992). Ou seja, faz parte do mesmo processo descrito anteriormente nas pulpites irreversíveis, inclusive no que se desrespeito a etiopatogenia e agentes etiológicos, sendo um estágio mais avançado de comprometimento do conjuntivo pulpar.

Nesses casos a polpa está tão afetada pelo processo inflamatório que a sua exérese se torna uma imposição terapêutica (ALVARES & ALVARES 2001).

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 executado e boa tomada radiográfica consegue-se fechar o diagnóstico de pulpite irreversível.

Sinais Clínicos

De acordo com Alvares et a 2001, o sinalgismo de dor é um dado muito importante no diagnóstico, a dor relatada pelo paciente com quadro de pulpíte irreversível é sempre intolerável e contínua.

Utilizando testes de variação térmica, normalmente a dor será exacerbada pelo calor, e acalmada ou não piorada pelo frio.

Os testes de palpação digital

A palpação digital do vestíbulo, altura apical, do elemento que está comprometido, normalmente não apresenta nenhuma alteração anatômica, porém dependendo do estágio do processo patológico o paciente poderá relatar dor. A palpação extra oral poderá mostrar nódulos cervicais e submandibulares alterados e doloridos, se assim for, há fortes indícios de envolvimento inflamatório do periápice.

A percussão será positiva, tanto no sentido longitudinal, quanto no vertical se já houver envolvimento inflamatório da polpa e do periápice.

O paciente poderá descrever dor exacerbada pelos testes de mobilidade dentária.

Um sinal bastante importante coletado durante a anamnese é que o uso de analgésicos tomados por via oral pouco ou nenhum efeito tem sobre os quadros de pulpíte irreversível.

Sinais Radiográficos

Segundo Alvares et al.,(2001), o exame radiográfico torna-se mais um meio complementar ao diagnóstico clínico mais provável, já que a coleta de dados clínicos subjetivos podem apenas sugestionar mas não concluir a verdade patológica que está ocorrendo nos tecidos conjuntivos do órgão dentário.

Ao exame radiográfico normalmente podemos observar aumento do espaço pericementário, cáries, fraturas ou restaurações em íntimo contato com a polpa dentária.

Conduta Clínica

NATKIN (1974)descreveu os tratamentos de urgência em casos de pulpíte irreversível, se o dentista não tem tempo ou recurso disponível, realizar apenas a abertura, seguida de pulpotomia, proceder com a colocação de medicação de formocresol ou fenol e fazer a restauração provisória.

Em casos onde se notava presença de exsudato após a abertura e acesso dos condutos o autor preconizava deixar o dente aberto para drenagem via canal ou fazer incisão para drenagem, aumentar o diâmetro do forame e prescrição de antibiótico e analgésico. Fazer ajuste de oclusão para evitar contatos prematuros que dificultem ainda mais a resolução da inflamação e rever o paciente em no máximo 24 horas.

Necrose Pulpar:

Segundo Alvares et al 2001 a necrose pulpar é o estágio final do processo inflamatório pulpar, e pode ocorrer sob duas formas distintas, a crônica ou a aguda. A forma crônica normalmente não vem acompanhada de sintomatologia álgica e se não for retirado a agente causal a inflamação estende-se até o periodonto formando o granuloma dentário. Histologicamente nessa fase poucas células podem ser distinguidas no conjuntivo pulpar devido ao grau de destruição tecidual.

A dor, quando presente, está associada a forma aguda da necrose pulpar, e será uma dor semelhante a da pulpíte irreversível, ou seja, intensa, contínua, difusa e não controlada pelo uso de analgésicos, porém a grande diferença se dá na ausência de resposta aos testes clínicos térmicos. Do ponto de vista da conduta clínica em muito pouco se difere da conduta para pulpites irreversíveis, já que deverá ser esvaziada a câmara pulpar de qualquer resíduo necrótico de polpa dentária.

Sinais Clínicos

Embora a dor relatada pelo paciente esteja presente, de forma intensa e espontânea, o elemento quando identificado não responderá aos testes térmicos, o que demonstra a completa mortificação do tecido conjuntivo. Muitas vezes responderá positivamente aos testes de percussão devido ao comprometimento do espaço periodontal.

Exame radiográfico

O exame radiográfico será semelhante ao da pulpíte irreversível, mostrando muitas vezes o espaço periodontal aumentado e com presença de imagens sugestivas de lesão periapical.

Conduta clínica

ANTRIM et al, (1986) apresentaram como plano de tratamento de urgência das necroses pulpares :

Anestesia eficaz, para conforto do paciente e conveniência da execução do tratamento(CUNNINGHAM &MULLANEY ,1992). Isolamento absoluto com dique de borracha, limpeza e acesso coronário, debridamento, irrigação com hipoclorito de sódio, completaremoção do tecido conjuntivo pulpar com o uso de limas ou extirpa nervos. Não é necessária a completa instrumentação dos canais, apenas procede-se com a colocação de medicação da preferência do dentista e selamento do elemento dentário com restauração provisória e realizar o ajuste oclusal.

Abcesso Dentoalveolar:

Quando um processo inflamatório agudo ultrapassa os limites do ligamento periodontal e se desloca para o tecido ósseo, de início ele infiltra os polimorfonucleares neutrófilos através dos canais ósseos. Só depois que a neutrofilia está instalada nesses espaços é que a inflamação reabsorve a fração mineralizada do tecido. Tal comportamento etiopatológico da inflamação, ao nível de periápice, comumente é visto em radiografias por meio de áreas radiolúcidas, com contornos muito pouco regulares. (ALVARES & ALVARES 2001 cap.8 pg. 101)

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 dentoalveolar.

Os abscessos possuem diferentes estágios de acordo com De Deus 1992 como intra-ósseo, subperiosteal e submucoso. Autores como Consolaro& Ribeiro dividiram as fases do abscesso em inicial, em evolução e evoluído.

Conduta Clínica

Dornet al.,1977, após pesquisa com especialistas em endodontia teve como resultado que a maior parte procedia da seguinte forma em casos de abscessos:

Caso edema estivesse presente o elemento dentário era aberto, realizado ajuste oclusal e prescrição de analgésicos e antibióticos.

Em situações de drenagem via canal o elemento seria deixado aberto para completa drenagem do conteúdo purulento, ou seria realizada incisão caso houvesse ponto de flutuação, em seguida o dente seria selado e a prescrição medicamentosa de antibióticos e analgésicos.

Abcesso periodontal:

O abscesso periodontal constitui uma infecção na qual a coleção purulenta envolve os tecidos de sustentação do elemento dentário, é um processo no qual a inflamação se desenvolve de maneira dolorosa e agressiva.

A urgência do caso se dá não somente pela sintomatologia álgica,mas também pelo fato de a inflamação tomar conta dos tecidos adjacentes à bolsa periodontal e causar rápida perda de inserção conjuntiva podendo trazer prognósticos sombrios para o elemento dentário envolvido. (CARRANZA, Junior. 1997.)

O quadro de periodontite não tratada é a maior causa dos abscessos periodontais, pois o quadro evoluiu para uma infecção severa, constituindo também uma das maiores causas de extrações durante a fase ativa do tratamento periodontal. Raspagens mal executadas ou incompletas, na qual resíduos de cálculo dental, biofilme ou projeções do esmalte ficam em áreas mais profundas da bolsa periodontal existe a proliferação microbiana e consequente formação de exsudato inflamatório, caracterizando o abscesso.

Microbiologicamente, segundo (LINDHE et al tratado de periodontia clínica e implantologia oral 2005), a patogênese do processo inflamatório começa com a penetração microbiana na parede mole da bolsa, em seguida ocorre a resposta imunológica, com quimiotaxia de células de defesa para o local, encapsulamento de microorganismos e formação da coleção purulenta.

Na parte central da lesão, neutrófilos intactos podem ser observados, e no centro existem leucócitos destruídos,em seguida forma-se uma membrana piogênica, constituída de neutrófilos e macrófagos. O Ph tecidual estará ácido e favorecerá a atividade de enzimas lisossomais, o grau de destruição tecidual irá depender da resistência do tecido, virulência das cepas envolvidas e grau de resposta imunológica.

Jaramillo et al 2005, realizou um estudo no qual sugere que com frequência são encontrados em abscessos periodontais bactérias gram negativas entéricas, essas bactérias por terem caráter superinfectante em doenças periodontais, poderiam ser a chave para entender o porque da rápida destruição tecidual observada nos abscessos periodontais.

Sinais Clínicos

Segundo Figueiredo et al 2007 os sinais clínicos dos abscessos periodontais envolvem uma série de sintomas locais, tais quais edema, tecido de aspecto liso, brilhante e flácido que se estende desde a gengiva inserida até a junção muco gengival ou muitas vezes além.

Apresenta desconforto e dor a palpação e a percussão. O paciente poderá relatar a sensação de dente crescido, sangramento a sondagem, além da presença de bolsa periodontal. Presença de exsudato purulento, drenando de maneira provocada ou não, via bolsa ou fístula, mobilidade dentária, extrusão e halitose.

Podemos considerar como diagnóstico diferencial os abscessos de origem endodôntica, para eliminar a dúvida, o histórico do paciente, tratamentos para periodontite realizados previamente ao quadro, as características da dor, que no abscesso periodontal é irradiada e difusa, enquanto no endodôntico é pulsátil e localizada. Além dos sinais radiográficos e clínicos de presença ou não de cáries e restaurações profundas.

As características radiográficas do abscesso periodontal e do endodôntico são diferentes, os padrão de defeito ósseo no envolvimento periodontal apresenta defeito ósseo lateral a raiz, enquanto o envolvimento endodôntico tem envolvimento periapical e muitas vezes preserva a crista óssea adjacente ao elemento dentário envolvido.

Existe também a possibilidade de uma junção dos dois quadros, coma formação de uma lesão endo-pério, onde as causas e sintomatologias dos dois quadros acontecerão concomitantemente.

Sinais radiográficos

O exame radiográfico será útil para determinar o grau de comprometimento dos tecidos de suporte do elemento dentário, ajudando no prognóstico inicial. Poderá ser observado aumento do espaço do ligamento periodontal além de reabsorção óssea vertical ou horizontal extremamente avançada.

Conduta clínica

O objetivo do tratamento é a paralização do quadro álgico e da perda de inserção. Em um primeiro momento a atenção deve estar voltada para a lesão aguda, e em segunda análise para a lesão residual.

A primeira conduta é estabelecer uma via de drenagem do exsudato purulento com o uso de uma sonda periodontal milimetrada, juntamente com compressão do tecido mole, curetagem e debridamento da região interna da bolsa, raspagem e alisamento, irrigação com solução salina estéril (CARRANZA, 1997). Existe a alternativa de irrigação com clorexidina, mas a sua ação antimicrobiana pode ficar reduzida em ambiente subgingival.

Segundo Figueiredo et al 2007, bochechos caseiros realizados com água morna e sal poderão ser prescritos para facilitar a drenagem e após 24 ou 48 horas o paciente deverá retornar para reavaliação, verificando-se a necessidade de complementação do procedimento ou tratamento da fase crônica.

Outras condutas terapêuticas podem incluir incisão e drenagem e acessos cirúrgicos para drenagem.

A antibioticoterapia nos casos de abscessos periodontais ainda não é bem definida na literatura, alguns autores como Lewis 1993 sugerem que seu uso só deve ser prescrito em caso de envolvimento sistêmico. Porém quando a infecção é generalizada e difusa, quando há necessidade de profilaxia antibiótica ou quando a sintomatologia não permitir intervenção a prescrição se faz necessária.

A maioria dos antibióticos prescritos são as penicilinas, porém estudos demonstram alta porcentagem de bactérias produtoras de betalactamase envolvidas nos abscessos periodontais (VanWINKELHOFF, A.J et al 1997), mostrando ser mais efetivo a prescrição de amoxicilina associada ao clavulanato potássio (Lewis 1993). (Há também a opção da prescrição de azitromicina, pela sua alta permanência nos tecidos periodontais e ação contra bactérias periodontopatogênicas.)

Pericoronarite:

A pericoronarite ou abscesso pericoronário é uma infecção purulenta envolvendo o tecido gengival ou mucoso adjacente a um dente parcialmente irrompido (GLOSSÁRIO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTOLOGIA. Revista Periodontia, v .15, n 4, p. 5-61, 2005). Sua maior incidência é em terceiros molares inferiores,

acometendo mais comumente jovens na faixa etária de 20 a 25 anos (HOWE 1992), também pode acometer pessoas de idade avançada, mas normalmente o quadro possui menor severidade.

Ventaet al,(1993) afirma que quando o dente encontra-se em posição angular a porção tecidual ao redor do dente é maior e favorece a impactação alimentar, favorecendo o surgimento dos quadros de pericoronarite.

Knutsson et al 1996, também afirma que a posição distoangular aumenta o risco de pericoronarite de 5 a 12 vezes.

Etiologicamente falando, podemos considerar que as condições de desenvolvimento microbiano abaixo do capuz do dente parcialmente irrompido são ideais, pois mantém umidade, proteção, oferta de substrato e calor necessários para a proliferação de microrganismos, além de normalmente ser um local de difícil higienização pelo paciente, tanto pela impactação alimentar, quanto por vezes ser dolorosa a escovação.

Outro fator perpetuador da infecção é a oclusão da cúspide do antagonista sobre o capuz, gerando um trauma mecânico que reduz a resistência do tecido.

A natureza microbiológica da pericoronarite é semelhante a encontrada na periodontite com bactérias anaeróbias incluindo espécies como *Fusobacteriumnucleatum*, *Plevotella intermedia* entre outras. (SIXOU, J.L et al 2003).

Sinais Clínicos

O aspecto clínico mostrará uma gengiva edemaciada, vermelha e dolorida, drenando exsudato purulento, poderá ter ulceração na região do capuz se houver trauma gerado pela cúspide do antagonista. O paciente normalmente relata trismo, dor e gosto ruim, dependendo da severidade do quadro, febre, dor pulsátil, dor no assoalho bucal e ouvido também podem ser relatadas.

O abscesso pericoronário pode ser disseminar e causar quadros de variadas severidades, podendo atingir fáscias musculares mais profundas, ocasionando fístulas extra-orais, abscesso peritonsilar, celulite, angina de Ludwig entre outros quadros graves, portanto a conduta do profissional deve ser extremamente cautelosa e o paciente deve ser alertado e orientado quando aos riscos.

Ao exame físico deverá ser notado se há presença de fístulas, exsudato, grau de comprometimento das estruturas adjacentes, como sulco, assoalho bucal, regiões do trato respiratório também deverão ser examinadas á procura de sensibilidade ao tato e edema.

Exame radiográfico

Deverá ser feito somente se houver suspeita de reabsorção óssea na porção distal ou comprometimento do segundo molar. Normalmente quadros recentes não demonstram reabsorções ou alterações visíveis radiograficamente, mas quadros crônicos podem apresentar reabsorções em forma de cratera (HOEK 1964).

Conduta Clínica

Pacientes que apresentem qualquer tipo de comprometimento sistêmico deverão receber profilaxia antibiótica antes de qualquer intervenção para evitar quadros de septicemia.

A conduta clínica visa principalmente reduzir a contaminação e desobstruir o local, retirando cuidadosamente restos de matéria alba, cálculos e permitir o extravasamento do exsudato, com uso de instrumentos manuais ou ultra sônicos, em seguida deve-se irrigar com solução salina estéril, ou substância antimicrobianas como peróxido de hidrogênio ou digluconato de clorexidina.

Como tratamento caseiro, o paciente pode ser orientado a fazer bochechos vigorosos com água morna sal para facilitar a drenagem. Deve-se orientar o paciente a insistir na higienização mesmo que dolorosa, e a fazer bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% de 12/12 horas para controle químico de placa bacteriana.

A prescrição medicamentosa irá depender da severidade do caso e presença ou não de exsudato. Antibioticoterapia deve ser aliada a analgésicos e antiinflamatórios para redução do trismo e quadro álgico.

Algumas possibilidades de prescrição medicamentosa são, amoxicilina, associada ou não ao clavulanato de potássio ou metronidazol de 8/8 horas durante 7 dias. Para pacientes alérgicos pode-se prescrever Clindamicina de 6/6 horas durante 7 dias, ou ainda Azitromicina em dose punica durante 3 dias. Após a melhora do quadro o paciente deverá ser instruído a retornar para extração do elemento dentário comprometido, ou se esse for mantido, melhorar as condições do tecido circundante. Casos extremos, onde o paciente demonstra dificuldade de deglutição e disfagia devem ser tratados em ambiente hospitalar para evitar asfixia e edema de glote. Casos onde haja edema e flutuação em assoalho bucal ou além do musculo bucinador podem

requerer anestesia geral e drenagem extra-oral para evitar quadros severos de abscesso submassetérico, infecções peritonsilares, celulites entre outros quadros que possam agravar a condição geral do paciente.

Pericementite:

Segundo ALVARES & ALVARES 2001, a pericementite é um quadro no qual a sede do processo inflamatório é o ligamento periapical, e via de regra não se estende ao osso alveolar, mas fica circunscrita a região do conjuntivo ligamentar. Histologicamente percebe-se um infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos.

Determinar a etiologia do quadro de pericementite é de fundamental importância para a sanidade do caso, já que se for de origem pulpar, sendo a extensão do processo inflamatório do conjuntivo pulpar que se estendeu até o ligamento periapical, o sacrifício da polpa será o único caminho viável para a resolução do quadro. Porém existem situações onde a pericementite aguda é causada por traumatismo dentário, tais como restaurações altas, falta de ajuste oclusal, contato prematuro, dentre outros, e nesses casos o simples desgaste do contato é suficiente para devolver normalidade aos tecidos.

Sinais clínicos para Pericementite aguda advinda de inflamação pulpar

Os sinais clínicos e de acordo com ALVARES & ALVARES 2001, se assemelham muito a sintomatologia das pulpites e necroses pulpares, porém guardam algumas nuances diferentes, como por exemplo, diferentes reações aos testes de temperatura, na pericementite a reação a variação de temperatura não costuma ser dolorosa, diferentemente das pulpites agudas.

A dor na pericementite de origem pulpar é sempre exacerbada pela mastigação ou contato, e normalmente é localizada e evidenciada em um elemento dentário, diferentemente das pulpites agudas que por vezes possuem um caráter difuso da dor.

A resposta a palpação de fundo de sulco vestibular quase sempre revelará resposta dolorosa, assim como a percussão dentária, já que a sede da dor está no ligamento periodontal qualquer um dos dois estímulos se mostrará doloroso.

O teste de variação térmica muitas vezes poderá não ser conclusivo, ajudando apenas a afastar a hipótese de necrose, caso haja resposta positiva.

Exame radiográfico

A tomada radiográfica nesses casos normalmente é o fator determinante para o diagnóstico.

A radiografia irá mostrar espessamento do ligamento periodontal, sem, contudo, romper a lâmina dura, caso haja cárie profunda, restaurações extensas ou qualquer sinal que justifique ainda o comprometimento pulpar, fecha-se o diagnóstico de pericementite aguda e o sacrifício pulpar estará indicado para suprimir o quadro.

Conduta Clínica

Segundo FIGUEIREDO et al (2007), consiste em anestesia, abertura e acesso do canal radicular. O canal deverá ser preparado até o terço cervical e médio e posteriormente realizada a patênciaforaminal com limas finas do tipo Kerr ou Flex# 15,20,25 ou 30 até o limite do elemento na radiografia.

A irrigação deverá ser feita com 2 ml de soro fisiológico entre cada lima, seguida de aspiração, colocação de clorexidina em gel a 2%, uso do próximo instrumento e nova lavagem com soro fisiológico. (FERRAZ et al 2001)

A medicação intracanal de eleição será o formocresol que de acordo com DORN et al.1977 foi a medicação mais utilizada, colocado sob uma bolota de algodão, retirado seu excesso e introduzido na embocadura dos canais, o selamento do elemento é feito com cimento de óxido de zinco e eugenol.

A verificação da oclusão é muito importante para não sobrecarregar o elemento, dificultando ainda mais a resolução do quadro, a preferência é que o elemento fique em infra oclusão.

Será necessário segundo FIGUEIREDO et al, a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios a escolha do Cirurgião dentista, tendo em mãos obviamente a anamnese e dados do paciente, para que a prescrição medicamentosa seja feita de maneira consciente.

Conduta clínica para Pericementite de origem traumática

Segundo ALVARES & ALVARES(2007) maior parte das pericementites de origem traumática não se devem a traumatismos diretos, que podem até mesmo tirar o elemento de sua oclusão habitual e lesar o periodonto apical, mas sim possui causas iatrogênicas como restaurações inadequadas, blocos metálicos, próteses fixas ou qualquer outras causa que interfira de maneira anômala na oclusão dentária, gerando contato prematuro em determinado elemento dentário.

Como conduta clínica fundamental, nesses casos, o cirurgião dentista deverá proceder o ajuste oclusal colocando uma fita de papel carbono sobre a face oclusal do elemento dentário, desgastando com brocas os contatos prematuros. Essa avaliação deverá ser feita com a fita de carbono enquanto o paciente executa diversos movimentos oclusais como oclusão cêntrica, máxima intercuspidação, movimentos de protusão e lateralidade à esquerda e a direita, até que o paciente não sinta mais dor durante o movimento de abrir e fechar a boca.

Alveolite:

Segundo Figueiredo et al(2007) a alveolite é definida como uma degeneração do coágulo alveolar que tem como consequência o retardo da cicatrização. O mesmo quadro pode ser chamado de alveolite seca, alvéolo seco ou osteíte alveolar.

O quadro normalmente se inicia entre o 3 e o 5 dia após a exodontia.

Diversas causas para o quadro foram estudadas, mas a literatura não se mostra unânime. Algumas causas prováveis são a proliferação bacteriana, exposição ao fumo, irrigação inadequada do alvéolo, excesso de anestésico local no alvéolo e higiene pós-operatória precária. Pasqualini et al sugeriu que a sutura cirúrgica realizada de forma a vedar hermeticamente o alvéolo pode contribuir para o surgimento do quadro de alveolite.

Outros autores estudaram maneiras de se prevenir a alveolite como Bloomer que sugeriu a colocação de medicação dentro do alvéolo logo após a exodontia, a medicação sugerida seria um preparado a base de eugenol, já Poor, Hall e Poor sugeriram a colocação de uma esponja de fibrina embebida em clindamicina.

Caso et al. (2005) após realizar extensa revisão da literatura concluiu que o uso de digluconato de clorexidina vários dias após a extração diminuiu a incidência de alveolite.

Podemos perceber que as causas da alveolite são multifatoriais e, portanto qualquer causa provável deve ter seu risco diminuído com o mínimo de traumatismo cirúrgico e máximo de cuidado trans e pós-operatório.

Sinais Clínicos

O coágulo alveolar terá aspecto liquefeito, fétido e o paciente irá apresentar dor intensa que normalmente não cede a analgésicos comuns.

Conduta Clínica

A curetagem do alvéolo fica contra indicada já que existe o risco de se levar bactérias para os espaços medulares profundos.

Segundo Figueiredo et al, o paciente deverá ser anestesiado, se possível com bloqueio regional, em seguida aspiração cuidadosa do conteúdo liquefeito do alvéolo seguido de irrigação com solução salina e digluconato de clorexidina 0,12 %.

A prescrição medicamentosa mais adequada segundo Delilbasi, Saracoglu e Keskin é uma associação de amoxicilina e clavulanato de potássio.

Após elucidados alguns protocolos na classe das Urgências e Emergências de caráter inflamatório iremos prosseguir com protocolos em Traumatismos dentários.

7.3 Protocolos de atendimento em Traumatismos Dentários:

Considerações Gerais

Os traumatismos dentários acometem principalmente crianças e adolescentes em idade escolar e em fase de crescimento, apresentando como causas mais frequentes quedas, colisões, violência, acidentes automobilísticos e atividades esportivas.
(ANDREASEM et al.,2001)

Entretanto, alguns fatores anatômicos predisponentes aumentam a susceptibilidade às injúrias dentárias e, entre eles estão a oclusão do tipo classe II de Angle, *overjet* acentuado (maior que 4mm), mordida aberta, lábio superior curto ou hipotônico e, pacientes respiradores bucais.

Um dos tipos mais comuns de lesão traumática em dentes permanentes é a fratura coronária, sendo os dentes anteriores superiores, em especial os incisivos centrais, os mais frequentemente acometidos(ANDREASEN et al., 1995; ALTUN; GÜVEN,

2008a:).Fraturas dentárias parecem mais comuns na dentição permanente enquanto luxações e especialmente intrusões predominam na dentição decídua. A dor, a perda de função e da estética, a necrose pulpar, a obliteração dos canais radiculares, a reabsorção radicular e a perda óssea são algumas sequelas decorrentes das injúrias dentárias.

O trauma dentário é uma ocorrência que exige tratamento de emergência e que pode envolver várias especialidades odontológicas, como dentística, endodontia, cirurgia, periodontia, prótese e ortodontia. Desta forma pode-se concluir que o tratamento é complexo e o prognóstico muitas vezes duvidoso.

Sinais clínicos

Anamnese e avaliação geral:

Inicialmente, deve-se observar a necessidade de tranquilizar paciente e familiares, que podem estar preocupados e assustados. Se os fragmentos dentários estiverem presentes, deve-se armazená-los adequadamente prevenindo a desidratação.

Em caso de avulsão, o melhor meio de armazenamento do dente é o leite, aceito pela Associação Americana de Endodontistas (1995).Água da torneira, saliva e soro fisiológico são todos ineficazes em manter a viabilidade das células do ligamento periodontal. Esses meios não são recomendados pelas suas propriedades hipotônicas (água de torneira e saliva) e alta incidência de contaminação bacteriana que levam à rápida morte das células do ligamento periodontal (BASTOS, 2008).

Por ser uma urgência traumática e dolorosa, o trauma dental exige um diagnóstico rápido e correto, para que o tratamento seja estabelecido o mais precocemente possível. O cirurgião-dentista pode ser o primeiro profissional da saúde a examinar o paciente, devendo inicialmente realizar uma avaliação das condições gerais do mesmo, incluindo a aparência geral e os sinais vitais. É importante avaliar o paciente quanto a capacidade de andar sem auxílio, presença de vômitos, visão dupla, cefaleia, tonturas, movimentos oculares regulares, padrão normal de respiração.

Anotar o histórico médico completo, incluindo doenças existentes, alergias, uso de medicamento, grau de imunização ao tétano. No histórico devem incluir o local e o horário, assim como outras circunstâncias inerentes ao traumatismo, como por exemplo a direção do impacto sobre a estrutura dentária. É importante determinar se o paciente pode responder a detalhes específicos, a fim de avaliar seu estado neurológico no momento do incidente. Se a memória do paciente estiver confusa ou se ele não conseguir se lembrar, uma avaliação neurológica completa é necessária.

É importante determinar o período que se passou entre o traumatismo e o atendimento inicial. Se os dentes tiverem sido completamente avulsionados, o período que permaneceram fora da boca e o meio de transporte usado são essenciais para o prognóstico de qualquer tentativa de reimplante.

Aferir a pressão arterial, avaliar a frequência cardíaca e a frequência respiratória são importantes.

Tabela 1. 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

Tabela 2. Valores normais de frequência cardíaca.

Paciente	Valor
Adulto	60 a 100 bpm
Criança	80 a 120 bpm
Bebês	100 a 160 bpm

Tabela 3. Valores normais de frequência respiratória.

Paciente	Valor
Bebê	30 – 60 movimentos respiratórios por minuto, (mrpm/irpm)
Criança	20 – 30 movimentos respiratórios por minuto
Adulto	12 – 20 movimentos respiratórios por minuto

Exame físico:

Avaliação extra-bucal

A avaliação extra-bucal inclui primeiramente as lesões de tecido mole, contusões, escoriações e hematomas salientando a pesquisa por corpos estranhos; sinais de disformia facial, causada por deslocamento ósseo.

A articulação têmporo-mandibular deverá ser examinada para verificar possíveis alterações; dores na ATM podem indicar luxação ou fratura. O exame da oclusão poderá revelar irregularidades tais como fraturas dos maxilares. Ferimentos no mento requerem uma investigação quanto à possibilidade de uma fratura de côndilo mandibular.

Avaliação intra-bucal

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 dentoalveolar; 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.

A observação da coloração da coroa dentária na avaliação inicial permite acompanhar as alterações de coloração posteriores ao trauma. A realização de testes de percussão e vitalidade pulpar (ao frio, ao calor, teste elétrico e de cavidade) é um ponto de controvérsia na literatura. Alguns autores defendem sua realização na avaliação inicial e, nas visitas subsequentes; outros preferem realizar tais testes mais posteriormente para não provocar mais traumas aos dentes já injuriados, além disso os testes de sensibilidade realizados num primeiro momento podem apresentar resultados pouco confiáveis.

Testes térmicos devem ser realizados com cuidado para não pressionar o dente na horizontal ou vertical, pois caso isso ocorra poderá resultar em sensibilidade advinda da sustentação periodontal.

Exame radiográfico:

O exame radiográfico deve ser realizado na área definida pelo exame clínico inicial e na arcada oposta. A radiografia deve sempre ser tomada na consulta inicial, para orientar o reposicionamento do dente traumatizado, avaliar a estrutura dentária remanescente. Nas sessões seguintes, será útil para análise da consolidação de fraturas, evolução ou cura de lesões periapicais e laterais, e para observação do surgimento ou interrupção dos processos de reabsorção.

Por meio do exame radiográfico deverá ser feita uma análise cuidadosa do espaço periodontal e presença de fraturas, proximidade com a polpa, estágio de formação da raiz, presença de dente permanente em formação.

Nem sempre as fraturas são fáceis de serem diagnosticadas pelo exame radiográfico, e elas podem ocorrer desde o septo ósseo marginal até a região apical. Pode-se utilizar as radiografias intra e extra-bucal.

Radiografias panorâmicas possibilitam a visualização das fraturas na maxila e na mandíbula, porém as radiografias intra-bucais são essenciais para se estudar a relação entre a linha de fratura e os elementos dentários. As fraturas que atingem o processo alveolar são visíveis tanto nas radiografias intra-bucais como nas extra-bucais. As fraturas da parede do alvéolo somente poderão ser visualizadas na radiografia extra-bucal lateral.

As fraturas coronárias, longitudinais, oblíquas ou transversais, são facilmente diagnosticadas clinicamente, mas em muitos casos o traço de fratura pode se estender à raiz. Em tais casos, a radiografia é usualmente necessária para determinar a extensão e a relação fratura/câmara pulpar. Pode ser necessário tomar várias radiografias em ângulos diferentes a fim de descobrir a fratura. Em alguns casos, com a aposição íntima das partes fraturadas, o traço pode deixar de ser visível radiograficamente. Em tais casos, se houver razão para suspeitar de uma fratura radicular, a pressão digital sobre a coroa do dente, no momento de tirar a radiografia, ocasionará um deslocamento suficiente para registrar a fratura. Nesse contexto, as tomografias computadorizadas são úteis para o reconhecimento correto de todas as alterações que possam ter ocorrido no elemento dentário, possibilitando um prognóstico mais preciso.

Diagnóstico

Após exame clínico chega-se a um diagnóstico e é possível classificar o tipo de trauma, de acordo com as estruturas envolvidas, para então selecionar a opção de tratamento. Estudos mostram que a luxação concomitante com fraturas coronárias com ou sem exposição pulpar é a principal fonte de complicações pulpares após os traumas. Se o suprimento vascular está intacto, os sistemas de defesa da polpa combaterão a invasão bacteriana, contudo, com a luxação, a vascularização poderá ser comprometida ou eliminada e a defesa orgânica torna-se prejudicada.

Classificação dos traumas dentoalveolares:

A. Fissuras coronárias:

1. Fissura ou fratura incompleta de esmalte sem perda de estrutura dentária.

B. Fratura coronária:

1. Limitada ao esmalte;

2. Envolvendo esmalte e dentina, sem exposição pulpar;
3. Envolvendo esmalte, dentina, com exposição pulpar;

C. Fratura da coroa e raiz/ corono-radicular:

1. Sem envolvimento da polpa: esmalte, dentina e cimento;
2. Com envolvimento da polpa: esmalte, dentina, cimento e polpa.

D. Fratura Radicular: envolve cimento, dentina e polpa

1. Envolvendo terço apical;
2. Envolvendo terço médio;
3. Envolvendo terço cervical.

E. Sensibilidade (concussão):

1. Lesão da estrutura de suporte do dente, resultando em sensibilidade ao toque ou percussão, mas sem mobilidade ou luxação.

F. Subluxação (pequena mobilidade ou perda da fixação):

1. Lesão da estrutura de suporte do dente, resultando em mobilidade, mas sem luxação.

G. Luxação dentária:

1. Intrusão – deslocamento do dente para dentro do seu alvéolo, normalmente associado com fratura do alvéolo por compressão;
2. Extrusão – deslocamento parcial do dente para fora de seu alvéolo, normalmente não associado com fratura do osso alveolar;
3. Luxação labial e lingual – parede alveolar provavelmente fraturada;
4. Luxação lateral – deslocamento do dente em direção mesial ou distal, normalmente em um espaço de um dente perdido; provável fratura da parede alveolar.

H. Avulsão : deslocamento completo do dente de seu alvéolo, podendo ser associado a fratura da parede alveolar. A incidência de casos de avulsão varia de 1% a 16% de todas as injúrias traumáticas à dentição permanente e é considerada a pior dentre as injúrias dento-alveolares, e o dente mais frequentemente avulsionado é o incisivo central superior.

I. Fratura do processo alveolar: O segmento ósseo dos dentes envolvidos está com mobilidade

Tratamento

DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO
LESÕES DAS ESTRUTURAS DURAS DO DENTE	
Fissura do esmalte	Não há necessidade de tratamento restaurador, mas é importante o acompanhamento do elemento para verificar sua vitalidade.
Fratura do esmalte	Avaliar extensão Se for pequena: regularizar bordas cortantes com discos para polimento. Se for maior: realizar colagem do fragmento ou restauração convencional provisória ou definitiva. Acompanhar mensalmente por 6 meses (vitalidade pulpar).
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: <u>capeamento pulpar</u> (isolamento absoluto, lavar com soro fisiológico, hemostasia fisiológica com bolinha de algodão estéril umedecida, aplicação de otosporin por 10 minutos, lavar com solução de hidróxido de cálcio; aplicação de hidróxido de cálcio P.A. e cimento de hidróxido de cálcio); proteção com CIV; restaurar provisoriamente ou definitivamente (restauração

	<p>convencional ou colagem de fragmento);</p> <p>Exposição média a grande: <u>pulpotomia</u> (isolamento absoluto, abertura coronária, remoção da polpa coronária, irrigação com soro, hemostasia fisiológica, aplicação de otosporin por 10 minutos, irrigação com hidróxido de cálcio, aplicação de hidróxido de cálcio P.A. e cimento de hidróxido de cálcio, proteção com CIV, restauração provisória ou definitiva convencional ou por colagem do fragmento); controle radiográfico e testes térmicos, durante 2 ou 3 anos ou até completa formação radicular.</p> <p>Necrose Pulpar: <u>tratamento endodôntico</u> (dependendo do estágio de formação radicular podem ser necessárias trocas de curativos com hidróxido de cálcio para apicificação, antes da conclusão do tratamento); restauração temporária ou definitiva (pode ser colagem do fragmento).</p> <p>Avaliar mensalmente a condição pulpar até completar a rizogênese</p>
<p>Fratura de esmalte, dentina, COM exposição pulpar e RIZOGÊNESE COMPLETA</p>	<p>Independente do tamanho da exposição pulpar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Iniciar pulpectomia; - Restauração provisória. <p>Tratamento definitivo: pulpectomia e restauração definitiva (restauração convencional ou colagem do fragmento).</p> <p>Avaliar a cada 30 dias nos primeiros 6 meses. Avaliar a cada 6 meses nos próximos 2 anos.</p>
<p>Fratura corono-radicular (Esmalte, dentina e cimento)</p>	<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, reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com contenção de RC, apenas até permitir sua remoção na sessão seguinte.

	<p>Se o fragmento não possibilitar reposição:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover fragmento; - Proteção pulpar; - Restauração provisória. <p>Tratamento definitivo: expor limite subgengival (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>
<p>Fratura corono-radicular (Envolve esmalte, dentina, polpa e cimento).</p>	<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 RC, 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 polpotomia; - Rizogênese completa: iniciar pulpectomia; - Restauração provisória. <p>Tratamento definitivo: expor limite subgengival (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>
<p>Fratura radicular horizontal – terço cervical</p>	<p>Geralmente a coroa está com muita mobilidade e o fragmento deslocado. Realizar teste de sensibilidade após reposicionar e conter o fragmento. Verificar se ocorreu fratura alveolar.</p> <p>Realizar 3 radiografias periapicais (1 paralelismo, 1 com variação vertical + 20° e 1 com variação vertical -20°).</p> <p>Se existir fragmento aderido ao periodonto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpar área com soro fisiológico; - Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar pelo menos 90 dias); - Realizar alívio da oclusão; - Radiografar novamente. <p>Se o fragmento não possibilitar reposição:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover o fragmento; - Iniciar pulpectomia; - Restauração provisória. <p>- Nas sessões seguintes: concluir tratamento endodôntico, expor limite subgengival da fratura, restabelecer distâncias biológicas; tratamento restaurador.</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>
<p>Fratura radicular horizontal – terço médio</p>	<p>Geralmente o dente está com alguma mobilidade e pode ocorrer desalinhamento da borda incisal.</p> <p>Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter o fragmento. Verificar se ocorreu fratura alveolar.</p> <p>Realizar 3 radiografias periapicais (1 paralelismo, 1 com variação vertical + 20° e 1 com variação vertical -20°).</p> <p>Se existir fragmento aderido ao periodonto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpar área com soro fisiológico; - Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar pelo menos 90 dias); - Realizar alívio oclusão; - Radiografar novamente. <p>Se o fragmento não possibilitar reposição ou se não existir fragmento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remover o fragmento e avaliar se é possível a recuperação protética. - Se for possível: nas sessões seguintes, expor limite subgingival da fratura por extrusão ortodôntica, realizar tratamento endodôntico e protético; <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>

	<p>Constatada a ausência de vitalidade, o tratamento endodôntico deve ser realizado pelo menos até a linha de fratura. Se houver lesão periapical deve-se tentar o tratamento endodôntico ultrapassando a linha de fratura e colocando um retentor intra-radicular para manter os fragmentos posicionados. Caso não seja possível, tratar o canal até a linha de fratura e remover cirurgicamente o terço apical.</p> <p>Não é muito comum, mas caso um dente com RIZOGÊNESE INCOMPLETA apresente fratura radicular, deve-se tentar o máximo possível manter a polpa com vitalidade. Portanto, havendo necessidade de tratamento endodôntico, trata-se até a linha de fratura e mantém-se o remanescente com vitalidade, sempre que possível.</p>
<p>Fratura radicular horizontal – terço apical</p>	<p>Geralmente o dente está com pouca ou nenhuma mobilidade. Realizar teste de sensibilidade pulpar após reposicionar e conter o fragmento. Verificar se ocorreu fratura alveolar. Realizar 3 radiografias periapicais (1 paralelismo, 1 com variação vertical + 20° e 1 com variação vertical -20°).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limpar área com soro fisiológico; - Reposicionar e estabilizar o fragmento nos dentes vizinhos com uma contenção com fio rígido e resina (deixar pelo menos 90 dias); - Realizar alívio oclusão; - Radiografar novamente. <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> <p>Em cada sessão: realizar testes de sensibilidade, buscar sinais</p>

	<p>como fístula ou edema, verificar alterações cromáticas na coroa e radiografar.</p> <p>Se constatada ausência de vitalidade pulpar, realizar tratamento endodôntico no mínimo até linha de fratura.</p> <p>Se constatada lesão periapical, tratar canal até linha de fratura e remover terço apical cirurgicamente.</p>
<p>LESÕES DAS ESTRUTURAS DE SUPORTE</p>	
<p>Concussão</p>	<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 semestralmente nos próximos 2 anos.</p>
<p>Subluxação</p>	<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>
Luxação Lateral	<p>O dente pode estar deslocado em todos os sentidos, geralmente em direção palatina; geralmente está sensível ao toque, podendo apresentar mobilidade.</p> <p>Ao teste de percussão observa-se um som "metálico" alto.</p> <p>Realizar teste de sensibilidade; verificar tempo do trauma, pois pode haver dificuldade de reposicionamento do dente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reposicionar o dente luxado, sempre que possível utilizando o polegar e indicador, tracionando o dente ligeiramente para oclusal e recolocando-o no alvéolo; - Realizar contenção semi-rígida ou flexível durante 7-10 dias; - Realizar alívio oclusal. <p>Se houver dificuldade em reposicionar o dente, pode-se realizar reposição ortodôntica.</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>
Extrusão	<p>Dente deslocado em posição abaixo da borda incisal dos dentes adjacentes, sem porém, estar totalmente fora do alvéolo. Geralmente está sensível ao toque e com alto grau de mobilidade. Realizar teste de sensibilidade após a reposição e contenção.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reposicionar o dente com pressão digital; - Estabilizar o dente com uma contenção semi-rígida (fio

	<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</p>

	<p>a mensalmente até completar 6 meses; avaliar semestralmente nos próximos 2 anos.</p>
<p>Avulsão -RIZOGÊNESE INCOMPLETA</p>	<p>Verificar meio de armazenamento do dente e tempo decorrido.</p> <p>O tratamento recomendado é o reimplante dentário imediato (até 30 minutos).</p> <p>Se o dente já foi reimplantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Se o dente foi mantido em meio úmido adequado, por tempo inferior a 2 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavar a superfície radicular e forame apical abundantemente com soro fisiológico; - Anestésiar 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). <p>Se o dente foi mantido em meio inadequado, ou por tempo superior a 2 horas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reimplante contra-indicado;(Pode-se fazer uma tentativa de reimplante tardio);

	<p>- Realizar curetagem e irrigação do alvéolo com soro fisiológico e suturar.</p> <p>Prescrever: antibiótico sistêmico; avaliar necessidade de soro antitetânico (se a proteção pelo uso de vacina contra tétano não puder ser verificada).</p> <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Avulsão - RIZOGÊNESE COMPLETA</p>	<p>Verificar meio de armazenamento do dente e tempo decorrido.</p> <p>O tratamento recomendado é o reimplante dentário imediato (até 30 minutos).</p> <p>Se o dente já foi reimplantado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - não é indicado sua remoção para reimplante novamente; - limpar área com spray de água, soro ou clorexidina; - Sutar lacerações, especialmente na área cervical; - Verificar radiograficamente se o dente foi reimplantado na posição adequada; - Realizar contenção flexível por 1 semana. <p>Se o dente foi mantido em meio úmido adequado, por tempo inferior a 2 horas:</p>

	<ul style="list-style-type: none">- Lavar a superfície radicular e forame apical abundantemente com soro fisiológico;- 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);- No máximo entre 14 e 21 dias deve-se iniciar o tratamento endodôntico; obture o canal apenas quando a lâmina dura intacta puder ser observada ao redor de toda a superfície radicular. <p>Reimplante Tardio (quando dente mantido em meio inadequado ou se passaram mais de 2 horas):</p> <ul style="list-style-type: none">- Preferencialmente remover o ligamento periodontal necrótico, raspando a superfície radicular com uma lâmina de bisturi;- submergir o dente em solução de fluoreto de sódio acidulado a 2,4% e pH 5.5 por um tempo mínimo de 5 minutos;- Realizar abertura coronária, preparo químico-cirúrgico, com abundante utilização de substâncias químicas (hipoclorito de sódio 0,5% e endo PTC), medicar com hidróxido de cálcio e selar a cavidade com ionômero de vidro;- Anestésiar e remover o coágulo do alvéolo com irrigação de soro fisiológico e curetagem;- Se houver fratura da parede alveolar, reposicionar com instrumento adequado;- Reimplantar lentamente e com suave pressão digital;- Realizar contenção rígida e deixá-la até que se observe clínica e radiograficamente a presença de anquilose (o que
--	--

	<p>geralmente acontece entre 45 a 120 dias);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obture o canal após remoção da contenção. <p>Prescrever: antibiótico sistêmico; avaliar necessidade de soro antitetânico (se a proteção pelo uso de vacina contra tétano não puder ser verificada).</p> <p>Realizar bochechos diários com clorexidina 0,12% por duas semanas.</p> <p>O tratamento endodôntico deve ser iniciado entre 14 e 21 dias; porém em casos de reimplante tardio o tratamento endodôntico deve ser iniciado assim que a contenção for removida. (Só deve ser obturado quando houver lâmina dura intacta ao redor da superfície radicular).</p> <p>Avaliar a cada 30 dias nos primeiros 6 meses; avaliar semestralmente nos próximos 2 anos.</p>
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</p>

	6 meses nos próximos 2 anos.
Lesões de tecidos moles	Inspeção e remoção de corpos estranhos, limpeza com gaze e soro fisiológico, desinfecção, suturas.

Acompanhamento

O acompanhamento da vitalidade do dente traumatizado deverá ser realizado periodicamente, através dos testes pulpares e da observação clínica de alterações cromáticas e presença de fístula ou edema, entre outros fatores que, somados, denotem a necessidade de intervenção endodôntica.

Traumatismos dentários e suas complicações:

Luxação:

Em dentes luxados, a reabsorção radicular é iniciada por trauma mecânico, resultando em remoção de cementoblastos, pré-cimento e às vezes cimento em áreas da superfície radicular. Com a perda do cimento, a resposta inflamatória resultará em reabsorção óssea e radicular. O processo de reabsorção é depois mantido por estímulo microbiano vindo dos canais radiculares infectados que provê o estímulo contínuo necessário das células de reabsorção. Após poucas semanas, a condição pode ser reconhecida radiograficamente como áreas radiolúcidas perirradiculares, usualmente envolvendo áreas da raiz e do osso alveolar adjacente. Se isto progredir, o processo de reabsorção poderá destruir o dente completamente em poucos meses.

Avulsão

Avulsão resulta em completo deslocamento do dente do alvéolo. Assim, o suprimento neurovascular é severamente comprometido, o que usualmente leva ao rompimento de vasos sanguíneos no forame apical e à necrose pulpar isquêmica, em ápices abertos e fechados.

Após avulsão, o sucesso pós reimplante é dependente do tratamento imediato seguinte à injúria. A revascularização pulpar é iniciada após quatro dias e geralmente está

completa após quatro a cinco semanas em dentes imaturos reimplantados. A revascularização é rara em dentes maduros que tenham um forame apical estreito. Uma das consequências da avulsão dentária e posterior reimplante é a reabsorção radicular e sua ocorrência depende de fatores como período extra-alveolar, solução conservadora, contaminação microbiana e estágio da formação radicular. A reabsorção radicular iniciada por uma área de superfície mineralizada ou exposta pode ser prolongada por irritação mecânica do tecido, infecção da dentina e canal radicular. As maiores sequelas que levam ao fracasso após reimplante são a reabsorção radicular inflamatória, anquilose e reabsorção por substituição. A presença de um ligamento periodontal intacto e viável na superfície radicular é o fator mais importante para assegurar a cicatrização do ligamento periodontal sem reabsorção radicular.

Reabsorções Radiculares:

As reabsorções dentárias representam o principal fator limitador envolvido na determinação do prognóstico das transplantações e reimplantações dentárias. Os tecidos mineralizados dos dentes permanentes não são normalmente reabsorvidos. Eles são protegidos no canal radicular pela pré-dentina e odontoblastos e na superfície radicular pelo pré-cimento e cementoblastos. A pré-dentina, o pré-cimento e o tecido osteóide ajudam a proteger os tecidos mineralizados da ação reabsortiva. Nos traumatismos ocorrem deslocamentos focais de pré-dentina e da camada odontoblástica. Se a pré-dentina ou pré-cimento se tornam mineralizados ou se o pré-cimento é danificado mecanicamente ou perdido, células multinucleadas irão colonizar a superfície mineralizada ou desprotegida e a reabsorção vai ocorrer. Este tipo de reabsorção pode ser referida como reabsorção radicular inflamatória. Esta pode ocorrer na parede do canal radicular (reabsorção interna) e na superfície da raiz (reabsorção externa) e pode ser transitória ou progressiva.

A reabsorção inflamatória pode se desenvolver uma semana após o reimplante e segue um trajeto progressivo, a menos que seja feito o tratamento endodôntico. Este tipo de reabsorção está relacionado ao dano associado às camadas mais internas do ligamento periodontal na superfície radicular e à presença de tecido pulpar necrótico infectado.

Anquilose Dento-alveolar/Reabsorção Por Substituição:

Anquilose dento-alveolar ocorre após extensa necrose do ligamento periodontal com formação de osso na área desnuda da superfície radicular.

Clinicamente, esta condição é vista mais frequentemente como uma complicação à injúrias com luxação, especialmente em dentes avulsionados que estiveram fora da boca por um período longo o suficiente para as células da superfície radicular secarem e morrerem. Se menos de 20% da superfície radicular é envolvida, a reversão da anquilose pode ocorrer. Se não, o dente anquilosado é incorporado no osso alveolar e se tornará parte do processo normal de remodelação do osso.

Conseqüentemente, ele gradualmente será reabsorvido e substituído por osso, daí o termo reabsorção por substituição. As células de reabsorção na reabsorção por substituição são os osteoclastos normalmente envolvidos em remodelação óssea.

Entretanto, a reabsorção por substituição apesar de levar à completa destruição do dente, não deve ser entendida como um processo de doença. Isso ocorre como um “erro” pelas células envolvidas na remodelação do osso não serem capazes de distinguir entre cimento, dentina e osso. Os osteoclastos irão reabsorver o tecido dentário do mesmo modo como reabsorvem osso e como não são capazes de formar dentina ou cimento, os osteoblastos substituem as áreas reabsorvidas da raiz com osso.

Se os cementoblastos continuam a cobrir a superfície radicular danificada, o processo de cicatrização irá ocorrer e o resultado será favorável. Por outro lado, se osteoblastos cobrem a superfície radicular, as condições para cicatrização serão desfavoráveis e ocorrerá anquilose. A anquilose pode ser demonstrada histologicamente duas semanas após o reimplante.

Assim finalizamos, a segunda e última classe de protocolos contemplados no presente trabalho.

8.DISCUSSÃO

Após levantamento bibliográfico, podemos perceber que a maior parte das condutas clínicas preconizadas diz respeito aos atendimentos emergenciais realizados em ambiente ambulatorial, como os descritos por ALVARES & ALVARES 2001, nos quais o dentista possui uma programação de trabalho a ser realizada.

Porém as unidades de Pronto Atendimento atendem a livre demanda, o que caracteriza o serviço de urgência e emergência. Os procedimentos não são programados e necessitam ser efetivos no alívio dos sintomas. Para tanto se faz necessário a adaptação de protocolos clínicos ambulatoriais para que 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.

Souza H.A et al 1997, afirma que as unidades de atendimento curativo sem ênfase na prevenção acumulam um contingente de necessidades acumuladas em decorrência da livre demanda.

Abbudr. et al 2002, afirma que os serviços de Urgência e Emergência Odontológica objetivam o alívio imediato dos sintomas iniciais da doença buco dentária, para posteriormente encaminhamento para os setores de atendimento especializados.

A realidade, portanto, nas unidades de Pronto Atendimento 24 horas, é tempo de atendimento a cada paciente reduzido, com foco do atendimento em sanar e estabilizar o os sintomas iniciais até que o tratamento definitivo seja executado. O tempo reduzido, a necessidade de variedade de materiais para atender as mais diferentes demandas, faz com que o uso de isolamento absoluto, instrumentação completa de canais radiculares, restaurações definitivas entre outros tratamentos complexos sejam inviabilizados e substituídos por condutas clínicas compatíveis.

As vantagens terapêuticas do uso de dique de borracha são relatadas por vários estudos como o de LIMA e FICHAMN(1991), que mostra todas as qualidades do dique de borracha, tais como campo seco e limpo, melhor visualização entre outros. Porém o uso adequado do isolamento relativo pode ser usado em caso de impraticabilidade do isolamento absoluto (MONDELLI et al. 1977), além de proporcionar menor tempo clínico, consegue oferecer condições para a execução dos tratamentos emergenciais nas unidades 24 horas.

Contudo, realizar a instrumentação parcial, no atendimento de urgência tem efeito positivo no alívio da dor (ANTRIM et al., 1986; PESCE & MEDEIROS, 1998, MENINI, 2005). No estudo de MENINI(2005)houve sucesso terapêutico de 92,6%, demonstrando que mesmo a instrumentação parcial dos condutos pode aliviar e sanar dor de origem dentária e pulpar. Quando há a impossibilidade por qualquer razão, de se realizar a instrumentação parcial, deve ser feita a pulpotomia, como foi descrito nos estudos de NATKIN em 1974 e de TORABINEJAD & WALTON em 1991.

Os tratamentos emergenciais realizados no Plantão Odontológico são realizados em caráter emergencial e provisório, segundo NATKIN (1974), caso o dentista não possua condições ou tempo disponível seria realizado somente a pulpotomia do elemento, que deveria ser medicado com formocresol ou fenol canforado e realizado selamento provisório, caso houvesse exsudato, como nos casos de abscesso o elemento deveria ser deixado aberto para drenagem.

SCHILDER (1974) avaliou que a reagudização do processo inflamatório é maior em casos onde os canais não são completamente instrumentados durante a consulta emergencial, porém observou que normalmente não é executada por falta de tempo e complexidade do tratamento em um momento de dor e desconforto para o paciente.

BJERKÉN et al., (1980) em estudo comparativo, notou que quando não houver tempo para realização de pulpectomia com completa instrumentação dos canais, deve-se proceder com a pulpotomia, já que a sintomatologia dolorosa diminuiu em comparação com a instrumentação incompleta dos canais radiculares. ANTRIN et al.,(1986) afirma não ser necessária a instrumentação completa dos canais em consultas emergenciais.

O objetivo do atendimento de emergência é a estabilização do quadro e resolução da sintomatologia álgica, para posterior tratamento definitivo, os protocolos apresentados no presente trabalho atingem seu objetivo, respeitando as particularidades já citadas em relação às unidades de pronto atendimento 24 horas.

9.CONCLUSÃO

Após realizado o levantamento bibliográfico podemos concluir:

Estudos devem ser realizados sobre o tema :“Construção de protocolos de atividades clínicas para atendimento em Unidades de Urgências e Emergências Odontológicas 24 horas”, com o objetivo de validar condutas clínicas adaptadas as Unidades de Pronto Atendimento que demandam atualizações, discussões constates e viabilidade das ações terapêuticas sem que ocorra prejuízo técnico e danos ao paciente.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbud R, Ferreira LA, Campos AG, Zanin KEG. Atendimento clínico de emergência: um estudo dos serviços oferecidos em dez anos. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2002; 56(4): 271-5.

ALVARES & ALVARES. Emergência em Endodôntia, diagnóstico e conduta clínica. 2 ed: Editora Santos . Cap 1 ao 8, p. 1-101, 2001

ANTONIAZZI J. H. et al. Protocolo de atendimento – Dentes Traumatizados. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Antrim DD, Bakland LK, Parker MW. Treatment of endodontic urgent care cases. Den Clin North Am. 1986; 30: 549-7.

BASTOS H. I. G. Estudo dos Efeitos Biológicos de Diferentes Soluções Utilizadas como Conservantes em Avulsão Dentária: Análise in Vitro. Tese de Mestrado – Universidade Estácio de Sá, 2008.

Bjerkén E., Wennberg A., Tronstad L. Endodontisk akutbehandling. Tandl tidn. 1980; 72: 314-9.0

Cunningham CJ, Mullaney TP. Pain control in endodontics. Den Clin North Am. 1992; 36: 393-408.

CARRANZA Jr.,F.A. Infecções gengivais agudas.& NEWMAN, M.G. Periodontia Clínica.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1997. Cap 19.,p 263-273

CONSOLARO,A; RIBEIRO,FC. Periapicopatias. Etiopatogenia e inter- relação dos aspectos clínicos, radiográficos e microscópicos e suas implicações terapêuticas. In : LEONARDO MR, LEAL JM. Endodontia : Tratamento de canais radiculares. 3 ed. Cap 5. São Paulo: Panamericana. 1998 p 77-102.

De DEUS , QD. Endodontia. 5 ed. Rio de janeiro: Medsi, 1992

DINIZ M.B., ARANHA A.M.F., GIRO E.M.A. Reabilitação de dentes anteriores traumatizados pela técnica da colagem de fragmentos. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008;26(3):366-71.

FIGUEIREDO. Izaira, et AL. Situações Emergenciais no Consultório Odontológico. 1 ed: Editora Santos. Cap 4 e 5, p 125-164.

GÓES K.K. H. et al. Avaliando Traumatismos Dento-Alveolares: Revisão de Literatura. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac, Camaragibe, v.5, n.1, p. 21 - 26, 2005.

GLOSSARIO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PERIODONTIA. *Revista Periodontia*,v,15,n 4, p 5-61, 2005.

HOEK .R.B. Third Molars. *JADA*, v. 68, n.4, p 72-78, 1964.

HOWE, G.L. Cirurgia Oral Menor. 3 ed. São Paulo: Ed Santos. p 430 .1992.

JARAMILLO, A. ET AL. A clinical and microbiological characterization of periodontol abscesses. *J Clin Periondontol*, v. 32 p. 1213-1218, 2005.

KNUTSSON, K et al. Pathoses associated with mandibular third molars subjected to removal. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v 90, n. 1, p. 10-17, 1996.

LEWIS, M.A.O.et al. A randomized trial of co-amoxiclav versus penicillin V in the treatment of acute dentoalveolar abcess. *British Dent J*,v.175, p 169-174, 1993.

MONDELLI, J. et alii. Isolamento do campo operatório: In: Dentística Operatória. 3a. ed. São Paulo, Sarvier, 1977. Cap. 5, p. 51-64.

MELO R. E. V. A. et al. Traumatismo dentoalveolar. International Journal Of dentistry, Recife., v.2, n. 2, p. 266-272, 2003.

Menini, MO. Avaliação do índice de sucesso do atendimento de urgência endodôntica nos casos de pu/pite irreversível e necrose pu/par associada a periodontite apical. [tese Mestrado]. Piracicaba: UNICAMP/FOP; 2005.

Natkin E. Treatment of endodontics emergencies. Den Clin North Am. 1974; 18: 243-55.

PERCINOTO C. et al. Abordagem do Traumatismo Dentário. Manual de Referência abo-odontopediatria.

SANABE M. E. et al. Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Rev Paul Pediatr* 2009;27(4):447-51.

SANTO F. A., SARTORI R. Cirurgia Periodontal Para o Restabelecimento das Distâncias Biológicas: Relato de um Caso Clínico. PUBLICATIO UEPG - Biological and Health Sciences, 6 (1): 89-101, 200.

SANZ, M.; HERRERA, D.; VanWINKELHOFF. O abscesso periodontal. In: LINDHE et al. Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2005. Cap.11, p 255-262.

Schilder, H. Cleaning and shaping the root canal. Dent Clin North Am. 1974; 18:269.

Sousa HA, Damante JH, Ferreira Júnior O. Urgência odontológica: experiência de 8 anos em serviços prestados. *Rev Bras Odontol Nac.* 1997; 5(3):177-82.

SIXOU, J.L. et AL. Microbiology of mandibular third molars periocoronaritis: Incidence of b-lactamase- producing bacteria. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.95, n.6, p 655-59, 2003.

VASCONCELLOS R. J. H. et al. Trauma Dental, Aspectos Clínicos e Cirúrgicos.

VanWINKELHOFF, A.J. et AL. B- lactamase producing bacteria in adult periodontitis. *J Clin Periodontol*,v.24, p. 538-543, 1997.

VENTA et al. Third Molars as an acute problem in Finnish universities students. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 76, p.135-40, 1993.