UNIVERSIDADE TIRADENTES

LAYSE DE MOURA PRATA
SANNANY THAYNÁ SILVA DÓREA

MEDICAÇÕES SISTÊMICAS APLICADAS NA ENDODONTIA: REVISÃO DE LITERATURA

Aracaju

2017

LAYSE DE MOURA PRATA
SANNANY THAYNÁ SILVA DÓREA

MEDICAÇÕES SISTÊMICAS APLICADAS NA ENDODONTIA: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como partes dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: DOMINGOS ALVES DOS ANJOS NETO

Aracaju

2017

LAYSE DE MOURA PRATA
SANNANY THAYNÁ SILVA DÓREA

MEDICAÇÕES SISTÊMICAS APLICADAS NA ENDODONTIA: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em: __/__/____

Banca Examinadora

_____

Prof. Orientador: Domingos Alves dos Anjos Neto

_____

1º Examinador

_____

2º Examinador

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, Domingos Alves dos Anjos Neto, orientador das discentes Layse de Moura Prata e Sannany Thayná Silva Dórea atesto que o trabalho intitulado: "Medicações Sistêmicas Aplicadas na Endodontia: Revisão de Literatura" está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

_____

Orientador

Medicações Sistêmicas Aplicadas na Endodontia: Revisão de Literatura

Layse de Moura Prata [a], **Sannany Thayná Silva Dórea** [b], Domingos Alves dos Anjos Neto [c]

[(a)]Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; [(b)] Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; [(c)] Msc. Professor Adjunto I do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

Resumo

É de conhecimento geral que um problema de origem endodôntica é resolvido principalmente pela limpeza e desinfecção do sistema de canais radiculares. Sobretudo a utilização de medicamentos de uso sistêmico serve como um grande assistente no combate à dor, inflamação e/ou infecção, melhorando o quadro clínico do paciente. Além dos analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, o cirurgião-dentista ainda pode fazer uso dos ansiolíticos, em casos de pacientes muito ansiosos ao tratamento, proporcionando um atendimento menos traumático. É necessário que o cirurgião-dentista tenha conhecimento adequado de farmacodinâmica, farmacocinética, interações e efeitos adversos, regulamentação sanitária e uso de fontes de informação. Diante das medicações mais usadas na clínica odontológica, no atendimento endodôntico, o presente trabalho, fundamentado em uma revisão de literatura, teve como objetivo evidenciar as indicações clínicas da aplicação da medicação sistêmica, com o intuito de fornecer um melhor auxílio ao profissional para a realização de uma terapêutica mais eficaz e segura.

Palavras-chaves: medicação sistêmica; tratamento endodôntico; dor; inflamação; infecção odontogênica.

Abstract

It is common knowledge that a problem of endodontic line is resolved primarily by the cleaning and disinfection of the root canal system. Especially the use of medicines that act systemically serves as a great assistant in fighting pain, inflammation and/or infection, improving the clinical picture of the patient. In addition to painkillers, anti-inflammatory drugs and antibiotics, the dentist can still make use of anti-anxiety drugs, in cases of very anxious patients to treatment, providing a less traumatic. It is necessary that the dental surgeon has adequate knowledge of pharmacodynamics, pharmacokinetics, interactions and adverse effects, health regulations and use of sources of information. Considering the most commonly used medications on the ontological clinic, endodontic care, the present work, based on a literature review, aimed to demonstrate the clinical indications of application of systemic medication, with the intention of providing a better professional aid to the achievement of more effective and safe therapy.

Keywords: systemic medication; Endodontic treatment; pain; inflammation; odontogenic infection.

1. Introdução

Uma das mais importantes competências atribuídas ao cirurgião-dentista é a promoção do alívio da dor ao paciente que chega ao seu consultório (GARCIA, et al., 2014).

Embora o tratamento endodôntico deva ser encarado mais sob o ponto de vista cirúrgico, sendo a terapia local a primeira a ser instituída, em muitos casos clínicos, a utilização de fármacos sistêmicos é necessário para evitar problemas que possam surgir durante o tratamento, representados por reação inflamatória, dor e infecção, proporcionando maior conforto e segurança ao paciente (CUNHA, 2007).

Desta forma, a base fundamental para a terapêutica coadjuvante ao tratamento é o correto diagnóstico da patologia presente, a partir do qual, com base em conhecimentos de farmacologia, pode-se lançar mão dos medicamentos disponíveis para o

tratamento do paciente (LEONARDO, LEAL, 1998).

Segundo Raldi et al. (2002), os medicamentos mais utilizados em endodontia são os analgésicos e/ou anti-inflamatórios, antibióticos e tranquilizantes.

Os tranquilizantes têm o intuito de aliviar e controlar a sucessão desfavorável de eventos como a ansiedade e o medo, promovendo relaxamento muscular e domínio dos movimentos não coordenados (HADDAD, 2007).

As odontalgias, sendo como uma dor superficial, tanto a pré quanto a pós-operatória são perfeitamente combatidas com o uso dos analgésicos não narcóticos ou não entorpecentes (CRUZ FILHO, PÉCORA, 1997). Segundo esses autores, os analgésicos são administrados toda vez que o paciente apresentar dor como nos casos de abscesso dento-alveolar agudo, principalmente nas fases iniciais e em evolução, pericementite, seja ela traumática, bacteriana ou medicamentosa. Já nas pulpites os analgésicos surtem pouco efeito, a dor só será aliviada após a biopulpectomia. Ainda conforme Cruz Filho e Pécora (1997), os anti-inflamatórios mais utilizados na odontologia são os não-esteróides, são indicados geralmente nas pericementites e após as cirurgias periapicais. Seguindo para os antibióticos, é importante ressaltar que o profissional antes de prescrever tal antibiótico analise a real necessidade de seu uso.

De acordo com Siqueira Júnior (1997), em aproximadamente 60% dos casos de infecção em humanos, as próprias defesas do hospedeiro são as responsáveis pela resolução do processo, sem a utilização de antibióticos.

Portanto, o objetivo desta revisão de literatura foi pesquisar e discutir o uso de medicações sistêmicas em endodontia, com o intuito de orientar o uso dessas drogas somente quando forem necessárias.

2. Revisão de Literatura e Discussão

2.1 Tranquilizantes

Os métodos de controle da ansiedade podem ser farmacológicos ou não farmacológicos. Dos não farmacológicos, a verbalização é a conduta básica, que pode ser associada a técnicas de relaxamento muscular ou de condicionamento psicológico. Métodos de distração também são cada vez mais utilizados, por meio de sons ou imagens para relaxar e distrair a atenção do paciente (ANDRADE, 1999).

Quando esses métodos não são suficientes o bastante para controlar a ansiedade e o medo do paciente, deve-se lançar mão de métodos farmacológicos de sedação como medida complementar, desde a sedação mínima até a anestesia geral (ANDRADE, 1999).

A *American Dental Association (ADA) define* a sedação mínima como uma discreta depressão do nível de consciência, produzida por método farmacológico, que não afeta a habilidade do paciente de respirar de forma automática e independente, e de responder de maneira apropriada a estimulação física e ao comando verbal. Embora as funções cognitivas e de coordenação motora se encontrem discretamente afetadas, as funções respiratórias e cardiovasculares permanecem inalteradas (ANDRADE, 1999).

Segundo Andrade (1999), o paciente com sinais de ansiedade e medo pode ser identificado pelo seu comportamento e pela avaliação ou

reconhecimento de alguns sinais físicos, como a dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades, e o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca.

A utilização de tranquilizantes está indicada nos procedimentos odontológicos mais extensos, em especial nos casos que envolvem pacientes cardiopatas, diabéticos, portadores de barreiras comportamentais e/ou desordens neurológicas convulsivas (epilepsia) e em alguns casos de indivíduos com paralisia cerebral (HADDAD, 2007).

Andrade (1999) acrescenta outras diretrizes para o uso de tranquilizantes, são elas: 1. Nas intervenções mais invasivas (drenagem de abscessos, exodontia de inclusos, cirurgias periodontais, perirradiculares ou implantodônticas), mesmo em pacientes normalmente cooperativos ou que aparentarem estar calmos e tranquilos; 2. No atendimento de pacientes portadores de doença cardiovascular, asma brônquica ou com história de episódios convulsivos, com a doença controlada, com o objetivo de minimizar as respostas ao estresse cirúrgico (nesses casos, sempre que possível, deve-se entrar em contato com o médico que trata o paciente, para obter um sucesso no tratamento); 3. Logo após traumatismos dentários acidentais, situações que requerem pronto atendimento, muitas vezes em ambiente ambulatorial.

Em odontologia, empregam-se, de preferência, os tranquilizantes menores do grupo benzodiazepínicos, que são indicados nos casos de pacientes ansiosos e com receio ao tratamento odontológico (TORTAMANO, ARMONIA, 2001; CUNHA, 2007).

De acordo com Andrade (1999), entre os medicamentos dos grupos benzodiazepínicos, pode-se destacar o Diazepam, Lorazepam, Bromazepam e Cloxazolam. Haddad (2007) ainda acrescenta neste grupo o Midazolam, que além de ansiolítico também possui ação hipnótica (indução ao sono fisiológico). Para os autores, tais medicações apresentam o mesmo mecanismo de ação, diferindo apenas com relação ao início e duração da ação ansiolítica.

Tabela 1 - Quadro posológico dos ansiolíticos mais usados na terapêutica sistêmica em endodontia (ANDRADE, 1999; NÓBREGA E NÓBREGA, 2003; ESTRELA, 2004;MELO, 2006).

Nome Genérico	Apresentação	Dose Usual
Diazepam	Compr. 05 e 10 mg Ampolas 10 mg	Adultos - 5 a 10 mg Crianças e idosos - 0,1 a 0,8 mgKg
Lorazepam	Compr. 1 e 2 mg	Adultos - 1 a 2 mg Idosos* - 0,5 a 1 mg
Bromazepam	Compr. 3 e 6 mg Solução oral: frascos com 20 ml (1 gota = 0,1mg)	Adultos - 3 mg Idosos - 1,5 mg

O esquema preconizado para o Diazepam e Bromazepam é de uma dose única administrada 1 horas antes do atendimento, por via oral. O Lorazepam deve ser administrado 2 horas antes da consulta. Em pacientes extremamente apreensivos e ansiosos, pode-se receitar também uma dose para ser tomada na noite anterior à consulta, com o objetivo de proporcionar um sono mais tranquilo (ANDRADE, 1999).

Segundo Andrade (1999), as vantagens no emprego dos benzodiazepínicos, são: diminuição da ansiedade, diminuição do metabolismo basal, consequentemente retardo da absorção dos anestésicos locais, permitindo o uso destes em menor quantidade; reduzem o fluxo salivar e o reflexo de vômito; em pacientes

hipertensos ou diabéticos, ajudam a manter a pressão arterial ou a glicemia, respectivamente. Outra grande vantagem, segundo Malamed (1993), diz respeito ao seu papel na prevenção de situação de emergência, como a lipotimia e síndrome da hiperventilação.

De acordo com Ferreira et al. (2014), devido a suas características, como rápida indução do efeito, efeito de curta duração e causar amnésia anterógrada, o Midazolam é o mais indicado para procedimentos odontológicos.

O uso dos tranquilizantes está contraindicado em gestantes (primeiro trimestre e ao final da gestação); portadores de insuficiência respiratória grave, crianças com comprometimento físico ou mental severo; dependentes de outras drogas depressoras do sistema nervoso central, inclusive alcoólatras crônicos; e pacientes com hipersensibilidade aos benzodiazepínicos (ANDRADE, 1999).

2.2 Analgésicos

A dor tem sido definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual ou outro tipo de lesão. Pode-se dizer que ela é fundamental para a espécie humana devido ao seu caráter defensivo, atuando como um sinal de aviso de lesão iminente ou real de algum órgão ou tecido. No entanto, como o homem não se adapta a essa sensação, muitas vezes ela se torna extremamente incomoda, necessitando de controle por meio do uso de drogas especificas (ANDRADE, 2014).

Clinicamente, a dor é classificada em superficial e profunda. A dor superficial, normalmente, é bem localizada (picada de agulha, incisão de tecidos moles, etc.) e a profunda pode ser irradiada e referida a outras áreas (abscessos apicais, por exemplo), além de ser extremamente desagradável, provoca náuseas, palidez e sudorese (TORTAMANO, ARMONIA, 2001).

Tortamano e Armonia (2001) classificam os analgésicos em 3 grupos: 1. Analgésicos de ação central (opioide); 2. Analgésicos de ação periférica (não opioide); e 3. Analgésicos com atividade anti-inflamatória.

Os analgésicos não-opioides com eficácia anti-inflamatória são os de primeira escolha para alivio da dor. Os opioides são particularmente úteis quando é necessário alívio adicional da dor (NEIDLE, YAGIELA, 1989; SILVA, ANJOS NETO, 2014).

Para Jayakodi et al. (2012) em caso de dor endodôntica, os pacientes devem ser tratados com analgésicos não opioides, porém se a dor não for controlada com estes, então deve-se recorrer aos analgésicos opioides.

Os analgésicos rotineiramente empregados na clínica odontológica são a dipirona e o paracetamol. Como alternativa a ambos, pode-se optar pelo ibuprofeno, que em doses menores (200 mg, em adultos) tem ação analgésica similar à da dipirona, sem praticamente exercer atividade anti-inflamatória (ANDRADE, 2014).

Esses analgésicos são geralmente empregados por períodos curtos, em 24 a 48 horas, uma vez que o objetivo é controlar a dor aguda de baixa intensidade. Apesar do uso por tempo restrito, o clínico deve estar atento a algumas contraindicações e precauções na prescrição destes analgésicos (ANDRADE, 2014).

Segundo Andrade (1999), em pacientes idosos é recomendável o uso de paracetamol ou dipirona, no controle da dor leve a moderada, por não provocarem irritação gástrica e interferência na hemostasia. Em

crianças, na prevenção ou controle da dor leve a moderada emprega-se o paracetamol ou a dipirona, na forma de solução “gotas”. Em gestantes, pode-se empregar o paracetamol ou a dipirona, respeitando-se o limite de 3 doses diárias, com intervalo de 4 horas, por tempo restrito. Para Cruz Filho e Pécora (1997); Tortamano e Armonia (2001), o grupo do paraminofenol (paracetamol) é o mais indicado para crianças e gestantes.

Além da dipirona, do paracetamol e do ibuprofeno, o cirurgião dentista pode ainda optar pelos analgésicos de ação predominantemente central, chamados de opioides fracos. No Brasil, estão disponíveis para o uso clinico a codeína (comercializada em associação com o paracetamol) e o Tramadol, ambos indicados no tratamento de dores moderada a intensas, que não respondem ao tratamento com outros analgésicos (ANDRADE, 2014).

Uma vez que a polpa entrou na fase irreversível, os medicamentos se tornam ineficazes e de nada valerá administrar analgésicos. A conduta correta e eficaz que eliminará a dor do paciente é a abertura do dente (CRUZ FILHO, PÉCORA, 1997; LOPES, SIQUEIRA JUNIOR, 1999; WANNMACHER, FERREIRA, 1999).

Tabela 2 – Nomes genéricos, doses e intervalos usuais, para adultos, dos analgésicos mais empregados na clínica odontológica (ANDRADE, 2014).

Nome genérico	Dose usual	Intervalo entre as doses
Dipirona	500 mg a 1 g	4 h
Paracetamol	500-750 mg	6 h
Ibuprofeno	200 mg	6 h
Paracetamol associado a codeína	500 mg de paracetamol + 30 mg de codeína	6 h
Tramadol	50 mg	8 h

Doses pediátricas: regra prática (ANDRADE, 2014).

- Dipirona (solução oral “gotas” com 500 mg/ml): 0,5 – 1 gota/kg/peso
- Paracetamol (solução oral “gotas” com 200 mg/ml): 1 gota/ kg/peso
- Ibuprofeno (solução oral “gotas” 50 mg/ml): 1 gota/kg/peso
- Codeína e Tramadol: não são recomendados para uso em crianças.

2.3 Anti-inflamatórios

A inflamação constitui uma resposta de defesa do organismo contra diferentes tipos de agressão: física, química ou biológica (TORTAMANO, ARMONIA, 2001).

Andrade (1999) divide as drogas anti-inflamatórias em 2 grupos: os corticosteroides e os anti-inflamatórios não-esteroides.

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) estão entre os fármacos mais amplamente usados no mundo. Eles possuem propriedades anti-inflamatórias, analgésicas e antitérmicas, tornando-se, úteis, portanto, para o controle da dor aguda (WANNMACHER, FERREIRA, 2007).

A substância padrão do grupo é o ácido acetilsalicílico (AAS), que tem

atividade analgésica e antitérmica quando empregado nas doses de 500-650 mg, em adultos. Para obter uma ação anti-inflamatória, são necessários 4-5g diários (ANDRADE, 2014).

Tais fármacos representam um grupo de compostos quimicamente heterogêneos, que frequentemente não têm relação química entre si, mas compartilham certas ações terapêuticas e determinados efeitos adversos que estão relacionados principalmente com o uso indiscriminado ou períodos prolongados. Todos esses fármacos são inibidores da enzima ciclooxigenase (COX) e podem produzir reações adversas como gastrite, úlceras gástricas, perfuração gastrointestinal, disfunção plaquetária, hemorragia e comprometimento renal. De maneira geral, os AINES, incluindo a subclasse de inibidores seletivos da ciclooxigenase 2 (COX- 2), são amplamente utilizados no controle da dor aguda (FIGUEIREDO, ALVES, 2015).

Esta inibição destes mediadores químicos resulta na redução de prostaglandina e em consequência disto, há uma atenuação da resposta dos receptores da dor, tanto a estimulação direta como a química. Este mecanismo básico explica o motivo pelo qual esses analgésicos exibem um efeito máximo e por isso eficaz no alívio das dores odontogênicas consideradas de intensidade suave à moderada. (BRENOL; XAVIER, MARASCA, 2000).

De acordo com Andrade (2014), o regime mais eficaz com os AINES é o de analgesia preventiva, introduzindo imediatamente após a lesão tecidual, porém antes do início da sensação dolorosa. Em termos práticos, a primeira dose é administrada ao final do procedimento (paciente ainda sob os efeitos da anestesia local), seguida das doses de manutenção, por curto período de tempo.

Os anti-inflamatórios não esteroides também podem estar indicados como medicação pré e pós-operatória nas intervenções odontológicas onde há expectativa de resposta inflamatória de maior intensidade, com o objetivo de se prevenir a dor e o edema excessivos. Do mesmo modo, podem ser empregados como coadjuvantes dos procedimentos clínicos, no controle da dor em situações nas quais o paciente apresenta-se com o quadro inflamatório agudo já instalado, como nas pericementites, especialmente os do grupo dos diclofenaco sódicos ou potássio (ANDRADE, 1999; SILVA, PEREIRA, 2016).

Os corticosteroides podem ser chamados de anti-inflamatórios esteroidais (AIES) ou glicocorticoides, devido ao cortisol possuir efeito sobre o metabolismo dos carboidratos através da deposição hepática de glicogênio. Estes, por sua vez, são considerados hormônios sintetizados e secretados no córtex suprarrenal através da utilização do substrato colesterol (VICENTE et al., 2013).

A betametasona e a dexametasona são os corticosteroides de escolha para o uso odontológico, por via sistêmica, por apresentarem uma potência de ação 25 vezes maior que a hidrocortisona, droga padrão do grupo. Além disso, apresentam uma maior meia vida plasmática, que permite o emprego destes medicamentos em dose única pré-operatória. Deve-se ressaltar que os corticosteroides, quando empregados por tempo restrito, mesmo em doses maciças, são praticamente desprovidos de efeitos colaterais de real significância clínica (ANDRADE, 1999).

Para Cruz Filho e Pécora (1997), em casos de pulpectomias não é comum receitar um analgésico ou anti-inflamatório, salvo os casos em que o paciente apresenta uma moderada sensibilidade dolorosa, sendo então necessário o emprego de um anti-inflamatório.

Em casos de dor decorrente do tratamento endodôntico, especialmente nos casos onde está prevista a sobreinstrumentação ou haja dificuldade na instrumentação (canais atrésicos, presença de nódulos pulpares ou calcificação dos canais radiculares), indica-se a aplicação de medicação pré-operatória (administrar 4 mg de betametasona, 30 minutos antes do atendimento, em dose única) (ANDRADE, 1999).

Já nos casos de pulpopatias, Raldi, Oliveira e Lage-Marques (2002), recomendam o uso de analgésicos e anti-inflamatórios. Em intervenções mais invasivas, Andrade (1999), indica o uso de corticosteroides, por não provocarem irritação gástrica e interferência na hemostasia.

Na vivência clínica do cirurgião-dentista tanto AINEs quanto corticoides são administrados rotineiramente, entretanto existem algumas limitações quanto ao uso de anti-inflamatórios não esteroidais, por exemplo, em pacientes renais crônicos e com problemas gástricos, sendo necessário a prescrição de corticosteroides, mesmo que estes não sejam a primeira opção (SILVA, PEREIRA, 2016).

Tabela 3 – Anti-inflamatórios mais comumente utilizados em Odontologia. Uso em adultos (CUNHA, 2007).

Nome genérico	Apresentação	Posologia
Ácido Acetil Salicílico	Comprimidos - 100 mg e 500 mg Gotas- 10 mg/gota	50 a 100 mg/dia,4/4 ou 6/6 h (dose máxima 3g)
Ibuprofeno	Comprimidos - 400 mg Gotas 50 mg/ml	1 a 2 comprimidos - 3 a 4 vezes/dia
Diclofenaco	Cápsulas/comprimidos - 50, 75 e 100 mg	100 a 150 mg/dia,8/8 ou 12/12 h
Meloxicam	Comprimidos - 7,5 e 15 mg	7,5 a 15 mg/dia
Nimesulida	Comprimidos - 100 mg	1 comprimido de 12/12 h
Betametasona	Comprimidos - 0,5 e 2 mg	0,1 a 0,25 mg/kg/dia,8/8 h ou 12/12 h
Dexametasona	Comprimidos - 0,5, 0,75 e 4 mg	0,75 a 15 mg/dia, 6/6h ou 12 /12 h

2.4 Antibióticos

A cavidade bucal é um ambiente ideal para o crescimento de microrganismos já tendo sido identificadas mais de 500 espécies bacterianas, com distintas características morfológicas e bioquímicas. A infecção odontogênica bacteriana típica seja periodontal ou periapical é atualmente considerada como uma infecção mista, com a participação de microrganismos aeróbios, anaeróbios facultativos e anaeróbios restritos, com uma prevalência dos anaeróbios (ANDRADE, 1999).

Segundo Andrade (1999), antibióticos são substâncias químicas, produzidas por microrganismos vivos ou através de processos semissintéticos, que têm a propriedade de inibir o crescimento de microrganismos patogênicos e, eventualmente, destruí-los. Podem ser classificados de acordo com diferentes critérios, sendo os dois principais, o da ação biológica – bactericidas (quando são capazes de determinar a morte dos microrganismos susceptíveis) e bacteriostáticos (quando apenas inibem o crescimento e a multiplicação dos microrganismos sensíveis). E o de espectro de ação – antibióticos que atuam principalmente contra bactérias Gram-positivas; que atuam contra bactérias Gram-negativas; que atuam contra Gram-positiva e

Gram-negativa; que atuam sobre anaeróbios, que atuam sobre espiroquetas; que atuam sobre fungos e antibióticos que atuam sobre outros microrganismos.

De acordo com Siqueira Júnior (1997); Soares et al. (2005); Oliveira, Dias e Uzeda (2010), as ocasiões em que os antibióticos devem ser prescritos em endodontia incluem: a) abscessos apicais agudos com sinais de envolvimento sistêmico ou ocorrendo em pacientes com debilidade imunológica; b) profilaxia da infecção associada à avulsão dentaria; c) tratamento da sintomatologia e/ou exsudação persistentes após a conclusão de todas as medidas disponíveis para o controle da infecção intra-radicular; d) profilaxia frente a possível bacteremia decorrente do tratamento endodôntico em pacientes imunologicamente debilitados ou em pacientes susceptíveis a endocardite bacteriana pelos padrões *American Heart Association (AHA)*, ou pelo médico do paciente; e) disseminação do abscesso, com a ocorrência de tumefações difusas.

Pallasch (1996) conseguiu resumir tudo isso ao afirmar: "o uso de antibióticos tem por objetivo auxiliar o hospedeiro a controlar ou eliminar os microrganismos que suplantaram, temporariamente, seus mecanismos de proteção" (ANDRADE, 1999).

Um abscesso apical agudo com tumefação localizada e sem envolvimento sistêmico em pacientes saudáveis é tratado de forma extremamente eficaz através de drenagem via incisão e/ou canal radicular, seguida pelo preparo químico-mecânico completo e aplicação de medicação intra-canal, sem a necessidade de administração de antibióticos. Em indivíduos saudáveis, a drenagem do exsudato purulento permite a redução significativa de irritante microbianos e mediadores químicos da inflamação, permitindo o início do processo de reparação sem a necessidade de emprego de antibióticos (OLIVEIRA, DIAS, UZEDA, 2010).

De acordo com Siqueira Júnior (1997), em aproximadamente 60% dos casos de infecção em humanos, as próprias defesas do hospedeiro são as responsáveis pela resolução do processo, sem a utilização de antibióticos.

Contudo, em pacientes imunocomprometidos, antibióticos devem ser prescritos mesmo se a drenagem foi eficaz, pois nestes pacientes podem ocorrer complicações sistêmicas mesmo diante de quadros infecciosos brandos. Já quando o abscesso apical agudo está associado a tumefações difusas, levando ao desenvolvimento de uma celulite com a disseminação do processo infeccioso para outros espaços anatômicos, ou quando está associado a indícios de envolvimento sistêmico, como febre, mal-estar, linfadenite regional ou trismo, é necessário a utilização de antibióticos como tratamento coadjuvante à drenagem, pois o sistema imunológico do paciente não está sendo capaz de fazer frente ao avanço da infecção. A associação de amoxicilina com ácido clavulânico (três vezes ao dia) tem se mostrado a opção mais segura e eficaz pelo perfil bacteriano isolado deste tipo de lesão (OLIVEIRA, DIAS, UZEDA, 2010).

A terapia de canal radicular é vista como procedimento de risco baixo ou negligenciável para o desenvolvimento de endocardite bacteriana, desde que respeitado o princípio fundamental da endodontia de não agressão ao periápice, através da instrumentação restrita ao interior do canal. Não havendo, portanto, indicação

de antibioticoterapia profilática. (SOARES et al., 2005).

O regime proposto pela associação americana do coração preconiza a administração do antibiótico 1 hora antes do procedimento (via oral) ou 30 minutos (via endovenosa). O antibiótico de primeira escolha é a amoxicilina na dosagem de 1 a 2 gramas e para pacientes alérgicos as penicilinas a droga utilizada pode ser clindamicina na dosagem de 600 mg (OLIVEIRA, DIAS, UZEDA, 2010).

É de suma importância salientar que nas infecções oro faciais agudas, a razão comum de falha na antibioticoterapia é atribuída a falta de erradicação da fonte da infecção. O cirurgião dentista deve estar atento à necessidade de intervenção clínica direta, na tentativa de eliminar o foco infeccioso, pois nos casos de infecções endodônticas, de pouco valerá o tratamento sistêmico, se este não for associado ao tratamento local da doença (ANDRADE, 1999).

Além disso, a prescrição deverá ser correta na escolha, dosagem e duração adequadas do antibiótico para evitar o desenvolvimento de cepas bacterianas resistentes (ALFENAS, et al, 2014).

Tabela 4 – Quadro posológico dos ansiolíticos mais usados na terapêutica sistêmica em endodontia (ANDRADE, 1999; NÓBREGA E NÓBREGA, 2003; ESTRELA, 2004;MELO, 2006).

Nome Genérico	Apresentação	Posologia
Penicilina V	Comprimidos - 500.000 UI Suspensão - 400.000 UI/5ml	Adultos: 1 compr., 6/6h Crianças: 50.000 UI/kg/dia, 6/6h
Ampicilina	Cápsulas - 500 mg Supensão: 250 mg/5ml Ampolas: 250, 500 e 1000 mg	Adultos: 500mg, 8/8h ou 800mg 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 6/6h
Amoxicilina	Cápsulas/comprimidos - 500 e 875 mg Supensão: 250, 400 e 500mg/5ml Ampolas: 1g	Adultos: 500mg, 8/8h ou 800 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 8/8h ou 12/12h
Cefalexina	Cápsulas - 500 mg Gotas - 100mg/ml* Suspensão: 250mg/5ml	Adultos: 500mg, 6/6h ou 1g 12/12h Ciranças: 50mg/kg/dia, 6/6h
Cefaclor	Cápsulas - 250, 500 e 750mg Suspensão - 250 e 375mg/5ml	Adultos: 1g/dia, 8/8h ou 12/12h Crianças: 20 a 40mg/dia, 8/8h ou
Eritromicina	Comprimidos - 250 e 500mg Suspensão - 125 e 250mg/5ml	Adultos: 2 a 4g/dia, 6/6 ou 2/ 2h Crianças: 50mg/kg/dia, 6/6h
Claritromicina	Comprimidos - 250 e 500mg Suspensão - 125 e 250mg/5ml	Adultos: 1g/dia, 12/12h Crianças: 7,5mg/kg/dose, 12/12h
Azitromicina	Comprimidos - 500 e 1.000mg Suspensão - 200mg/5ml	Adultos: 500mg/dia, 3 a 5 dias Crianças: 10mg/kg/dia, 3 a 5 dias
Clindamicina	Cápsulas - 300mg	Adultos: 900 a 800mg/dia, 6/6h ou 8/8h
Metronidazol	Comprimidos - 250mg Suspensão - 40mg/ml	Adultos: 1 compr., 8/8h Crianças: 20mg/kg/dia, 6/6h
Amoxicilina + ÁcidoClavulânico	Cápsulas/comprimidos - 500 e 875 mg Suspensão: 250, 400 e 500mg/5ml Ampolas: 1g	Adultos: 500mg, 8/8h ou 800mg 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 8/8h ou 12/12h

3. Considerações Finais

A medicação sistêmica é um recurso muito importante como coadjuvante na terapia endodôntica, seja no alívio da dor, domínio da inflamação e da infecção, principalmente nos quadros agudos das alterações pulpares e periapicais.

O uso de ansiolíticos promove uma sedação consciente, propiciando um atendimento mais tranquilo e

adequado tanto para o paciente quanto para o profissional.

Sobre anti-inflamatórios, foi possível constatar que o uso de corticoides se faz mais acentuadamente como medicação preemptiva. Em relação ao uso de AINEs, há uma maior prevalência de sua prescrição no pós-operatório para provocar uma modulação da sensação dolorosa.

Os antibióticos utilizados na odontologia devem ser cuidadosamente prescritos, pois são indicados apenas como complemento da terapia endodôntica convencional e em algumas situações específicas.

Referências

1. ALFENAS, C. F.; LINS, F. F.; MANESCHY, M. T.; UZEDA, M. Antibióticos no tratamento de abscessos perirradiculares agudos. **Rev. Bras. Odontol**.; Rio de Janeiro v. 71, n. 2, p. 120-3, jul./dez. 2014.
2. ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas Sul, 1999. 188 p.
3. ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas Sul, 2014. 238 p.
4. BRENOL, J. C. T.; XAVIER, K. M.; MARASCA, J. Anti – inflamatórios não hormonais convencionais. **Rev. Bras. Med.** 2000.
5. CRUZ FILHO, A. M.; PÉCORA, J. D. **Terapêutica - Antibióticos/Analgésicos/Anti-inflamatórios.** [1997]. Disponível em <www.forp.usp.br>>. Acesso em: 10/05/2017.
6. CUNHA, G. L. Medicação Sistêmica na Prática Endodôntica. **Estação Científica**. 2007.
7. ESTRELA, C. **Diagnóstico e tratamento da periodontite apical.** In: Estrela C. Ciência Endodôntica. São Paulo: Artes Médicas; 2004. p. 175-233.
8. FERREIRA, J. L. G.; LUNA, A. S. M.; ROCHA, C. S.; ARANEGA, A. M.; GARCIA JÚNIOR, I. R.; ARAÚJO, J. M. S. O uso de ansiolítico no pré-atendimento em odontologia: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Univ.** Cid. São Paulo. v. 26, n. 3, p. 227-31, set-dez, 2014.
9. FIGUEIREDO, W. L. M.; ALVES, T. C. A.; Uso dos anti-inflamatórios não esteróides no controle da dor aguda: revisão sistêmática. **RNC.** v. 23, n. 3, p. 463-467, 2015.
10. GARCIA, N. A.; SANTOS, A. A. B.; ÂNGELO, A. R.; VELOSO, H. H. P.; - FERREIRA, G. S.; QUEIROGA, A. S. **Medicações intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo**. Belo Horizonte: Arq. Odontol. v. 50, n. 1, p. 13-19, jan-mar, 2014.
11. HADDAD, A. S. **Odontologia Para Pacientes com Necessidades Especiais.** 1ª ed. São Paulo: Santos, p. 476-83, 2007.

12. JAYAKODI, H.; KAILASAM, S.; KUMARAVADIVEL, K.; THANGAVELU, B.; MATHEW, S. Clinical and Pharmacological Management of Endodontic Flare-Up. **J. Pharm Bioallied Sci**, v. 4, n. 2, p. 294-298, AUG. 2012.
13. LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Endodontia: Tratamento de Canais Radiculares**. 3ª ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
14. LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia – Biologia e Técnica**. Rio de Janeiro: Medsi, p. 539 – 548 1999.
15. MALAMED, S. **Medical Emergencies in the Dental Office**, 4ª ed. Saint Louis, Mosby, p. 10-49, 1993.
16. MELO, J. M. S. **Dicionário de especialidades farmacêuticas (DEF)**. 34 ed. Rio de Janeiro. Publicações Científicas Ltda. 2006.
17. NEIDLE, E. A.; YAGIELA, J. A. **Farmacologia e Terapêutica para Dentistas**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 222-34, 1989. 608 p.
18. NÓBREGA, F. J.; NÓBREGA, M. **Manual de medicamentos habitualmente usados em pediatria**. 12. ed. São Paulo: Nestle/Nutrição. 2003.
19. OLIVEIRA, J. C. M.; DIAS, L. A.; UZEDA, M. Antibióticos Sistêmicos em Endodontia: Novos Conceitos. **Rev. Bras. Odontol.** v. 67, n. 2, p. 247 – 54, jul/dez. 2010.
20. PALLASCH, T. J. Pharmacokinetic Principles of Antimicrobial Therapy, **Periodontology 2000**. v. 10, p. 5-11, 1996.
21. RALDI, D. P.; OLIVEIRA, R. B.; LAGE-MARQUES, J. L. Medicação Sistêmica como Coadjuvante do Tratamento Endodôntico. **APCD Revista**, v. 56, n. 5, set/out. 2002.
22. SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Tratamento das Infecções Endodônticas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1997. 196 p.
23. SILVA, N. M.; ANJOS NETO, D. A. Systemic medication applied to endodontic treatment: a literature review. **RSBO**. v. 11, n.3, p. 293-302, Jul-Sep, 2014.
24. SILVA, R. N. F.; PEREIRA, L. C. G. O uso de anti-inflamatórios esteroidais e não esteroidais no controle da dor e do edema em cirurgia de terceiros molares. **Rev. Baiana Odonto**. v. 7, n. 1, p. 31-39, mar. 2016.
25. SOARES, R. G.; SALLES, A. A.; IRALA, L. E. D..; LIMONGI, O. Antibioticoterapia Sistêmica em Endodontia: Quando Empregar?. **Stomatos**. v. 11, n. 21, p. 33-40, jul/dez. 2005.
26. TORTAMANO, N.; ARMONIA, P. L. **Guia Terapêutico Odontológico**. 14ª ed. São Paulo: Santos, 2001.
27. VICENTE, A.; LOFFI, A. O. B.; NESI, H.; Uso de corticosteróide no pré-operatório em cirurgia de terceiros molares. **Rev. Bras. Odontol.** v. 70, n. 1, p. 22-27, jan/jun. 2013.
28. WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C.

Farmacologia Clínica para Dentistas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

29. WANNMACHER L, FERREIRA M. B. C. **Princípios gerais do correto tratamento da dor**. In: Wannmacher L, Ferreira MBC. **Farmacologia clínica para dentistas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2007. p. 99-103.