

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ADRIANA VICENTE MORAES

PROTÓCOLOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CASOS DE ABCESSO
APICAL AGUDO: REVISÃO DE LITERATURA

Porto Alegre

2016

ADRIANA VICENTE MORAES

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CASOS DE ABCESSO
APICAL AGUDO: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Régis Burmeister dos Santos

Porto Alegre

2016

CIP - Catalogação na Publicação

VICENTE MORAES, ADRIANA
PROCOLOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CASOS DE
ABCESSO APICAL AGUDO: REVISÃO DE LITERATURA /
ADRIANA VICENTE MORAES. -- 2016.
21 f.

Orientadora: RÉGIS BURMEISTER DOS SANTOS.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA, Porto
Alegre, BR-RS, 2016.

1. ABCESSO APICAL AGUDO. 2. URGÊNCIA. I.
BURMEISTER DOS SANTOS, RÉGIS, orient. II. Título.

ADRIANA VICENTE MORAES

PROTOCOLOS DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CASOS DE ABCESSO
APICAL AGUDO: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Porto Alegre, 04 de março de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof, Dr. Régis Burmeister dos Santos (Orientador)

Faculdade de Odontologia /UFRGS

Prof. Dr. Francisco Montagner

Faculdade de Odontologia /UFRGS

Prof^a Pauline Mastella Lang

Faculdade de Odontologia /UFRGS

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Regis Burmeister dos Santos pelo ensinamento, apoio, auxílio e amizade prestados durante a realização deste trabalho.

Agradeço a funcionária Andreia pela amizade e carinho ao longo destes dois anos.

Agradeço ao meu namorado Balthazar Netz Sieczkowski pelo incentivo e apoio durante estes dois anos de curso.

Agradeço aos meus pais por terem me proporcionado condições para estudar em uma das melhores universidades do País.

RESUMO

MORAES, A. **Protocolos de atendimento de urgência em casos de abscesso apical agudo:**

Revisão de Literatura. 2016.25f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação).

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Dentre as atribuições do cirurgião-dentista, uma das mais importantes refere-se a proporcionar o alívio da dor do paciente. O abscesso apical agudo (AAG) é uma das causas mais comuns encontradas no atendimento de urgência. O AAG é um processo inflamatório supurativo. O paciente queixa-se de dor espontânea, pulsátil e localizada e pode-se apresentar edema e comprometimento sistêmico. A intervenção endodôntica torna-se imprescindível para o alívio imediato dos sintomas, entretanto, não há um consenso na literatura que estabeleça um protocolo para o atendimento nesses casos. Há ainda discordância em relação à medicação intracanal, ao selamento coronário e a prescrição de medicação sistêmica. Mesmo não havendo a exigência de uma padronização do protocolo para o atendimento de urgência, é importante refletir sobre estas condutas através da investigação sobre as propostas de diversos autores.

Palavras chaves: endodontia, abscesso periapical, emergência, procedimentos terapêuticos, drenagem.

ABSTRACT

MORAES, A. Urgent care protocol in case of acute abscess apical: Literature review.

2016.25f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-Graduação). Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Among the task of the dental surgeon, one of the most important thing refers to provide relief of the patient's pain. Acute abscess apical is one of the most common causes found in the care of urgency. It's a suppurative inflammatory process. The patient complains of spontaneous pain, pulsatile pain and localized. They may present edema and evidence of systemic involvement. The endodontics intervention becomes indispensable to the relief of symptom, however there isn't consensus in the literature to establish a protocol for care in such cases. There is still disagreement in relation to: intra-canal medication, to the coronal sealing; the prescription of systemic medication. Even though without the requirement of a standard protocol to the urgent care, is important to reflect on these conducts through the investigation on the proposals of many authors.

Keyword: endodontics, periapical abscess, emergency, therapeutic procedures, drainage.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 CONCEITO.....	9
2.2 ETIOLOGIA.....	9
2.3 INTERVENÇÕES LOCAIS.....	10
2.3.1 Abertura da câmara e sobreinstrumentação.....	10
2.3.2 Medicação intracanal.....	11
2.3.3 Selamento coronário.....	13
2.3.4 Drenagem cirúrgica.....	15
2.4 INTERVENÇÃO SISTÊMICA.....	17
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A maior procura para o atendimento de urgências odontológicas é devido a doenças da polpa e do periápice, sendo a dor o sintoma mais relevante (MUNERATO, 2005). A dor de origem pulpar e perirradicular correspondem a 90% dos casos de emergência em consultórios dentários. (LOPES,2013).

De Paula et al (2014) realizaram um levantamento dos prontuários de um serviço universitário de urgência odontológica. Os autores observaram que a dor de origem endodôntica corresponde a 72,6%, sendo que o diagnóstico de maior frequência foi abscesso apical agudo (12,6%), seguido por pulpite inflitrativa total (12,2%), necrose pulpar (10,5 %), hiperemia pulpar (9,7%) e periodontite apical aguda (6,7%).

Determinadas condições não requerem intervenção endodôntica para o alívio da sintomatologia, entretanto a experiência clínica reporta que, na maioria das vezes, é necessária a intervenção no sistema de canais radiculares. (LOPES 2013).

O abscesso apical agudo é um processo inflamatório periapical agudo acompanhado de exsudato purulento. A etiologia pode ser consequência de agentes físicos, químicos ou microbianos. (DE DEUS, 1976). Clinicamente caracteriza-se pela presença de dor localizada, pulsátil e de alta intensidade. A coleção purulenta pode buscar uma via de drenagem através do ligamento periodontal, do canal radicular ou pode fazê-lo por uma via intraóssea. Pode ser observado um aumento de volume intraoral ou extraoral quando ocorre a migração do exsudato. (BERGER, 2002)

O tratamento de urgência consiste na tentativa de drenagem da coleção purulenta, sendo necessárias medidas de caráter local e sistêmico. O tratamento local consiste na abertura da câmara coronária, neutralização imediata, transpasse foraminal e preenchimento com medicação intracanal antisséptica. O dente é selado com cimento provisório (VIER-PELISSER et al 2008), mas em alguns casos onde não se permite a secagem do canal, alguns autores propõem deixar o dente aberto .(DE DEUS, 1976; BERGER, 2002).

Atitudes sistêmicas como a prescrição de antibiótico gera grande preocupação na sua correta indicação, já que essa é uma terapia coadjuvante á abordagem clínica. (ALFENAS et al,

2014). Além dos antimicrobianos, anti-inflamatórios e analgésicos também são indicados na terapêutica medicamentosa. (VIER-PELISSER et al, 2008).

Assim, o presente estudo se propõe a fazer uma revisão da literatura com relação aos diferentes protocolos de urgência em casos de abscessos apicais agudos propostos em livros texto de autores do país e do exterior.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONCEITO

Processo inflamatório supurativo infeccioso que afeta os tecidos da região apical. Apresenta evolução rápida, causando dor intensa. (DE DEUS, 1976).

2.1 ETIOLOGIA

Micro-organismos e seus produtos estão certamente associados à indução e a perpetuação das doenças pulpares e perirradiculares. A cárie e a polpa necrosada infectada representam as principais fontes de irritantes microbianos para a indução das patologias pulpares e perirradiculares. A polpa necrosada possui população mista de micro-organismos, compreendendo cocos, bastonetes, bactérias filamentosas, espiroquetas e leveduras.

O surgimento de sintomas agudos é relacionado ao aumento da quantidade de micro-organismos nos canais radiculares e na presença de diversas misturas de espécies, especialmente as anaeróbias estritas. Também foram associadas às espécies de *Porphyromonas*, *Prevotella*, *Peptostreptococcus*, *Fusobacterium* e *Eeubacterium* com o aumento da incidência dos sintomas (BERGENHOLTZ, 2003). Para Lopes (2013), a resistência do hospedeiro também é um fator relacionado com o desenvolvimento do quadro agudo.

Segundo De Deus (1976), o abscesso apical agudo também pode ser consequência da ação de agentes físicos (traumas) e químicos.

2.3 INTERVENÇÕES LOCAIS

2.3.1 Abertura da câmara e sobre-instrumentação

O objetivo do tratamento de urgência local em casos de abscesso apical agudo consiste na drenagem de coleção purulenta para alívio da dor do paciente. Para se atingir esse resultado, BAUMANN (2010) tem como protocolo o acesso à câmara coronária e a sua ampliação, tendo como objetivo a eliminação de grande parte de tecido necrótico. Segue-se o alargamento do forame apical com uma lima Hedstroem de calibre 15. Aguarda-se a drenagem completa do pus via canal. Lopes (2013) afirma que se deve aguardar de 15 a 30 minutos para que todo o exsudato se esvaia. De acordo com Vier-Pelisser et.al (2008), para que ocorra a drenagem via canal, é necessário o transpasse foraminal. Bergenholtz (2006) sugere uma cuidadosa passagem através do forame apical com instrumento endodôntico.

Weine (1998) propõe que, no momento da abertura coronária, seja realizada uma aspiração com uso de sucção suave. A pressão negativa gerada ajuda a estabelecer uma saída da exsudação em muitos casos. A constrição apical impede que produtos inflamatórios sejam drenados através do canal radicular Assim, a ampliação do forame apical com limas de calibre 20 e 25 permite a drenagem do exsudato com maior facilidade. Em muitos casos, quando a drenagem é insuficiente, o alargamento pode ser realizado com limas de calibre 30. Mesmo sem drenagem suficiente, deve ser evitado o maior alargamento do forame.

Berger (2002) afirma que no abscesso, em sua fase inicial, a simples abertura do dente poderá promover o escape da coleção purulenta. Não havendo sucesso, está indicado o transpasse do forame e sua ligeira dilatação. A utilização de cânula de aspiração é também utilizada para facilitar a eliminação do exsudato.

2.3.2 Medicação intracanal

A maior parte das patologias pulpares tem etiologia bacteriana. As bactérias e seus produtos tem papel essencial na progressão das alterações pulpares. As bactérias encontradas na microbiota endodôntica podem ser removidas através da solução de hipoclorito de sódio durante o preparo químico-mecânico do canal radicular. Entretanto, bactérias como o *Enterococcus faecalis* são resistentes a esses procedimentos. Em razão disso, a utilização de uma medicação intracanal é importante para a prevenção da multiplicação dos microrganismos remanescentes dentro do canal radicular (BORBA et al, 2015).

O tricresol formalina, é um composto á base de formaldeído e cresol, que atua por contato e à distância, é considerado um eficiente bactericida. Estudo realizado por Vier-Pelisser et al (2008), avaliou-se os medicamentos para uso intracanal preconizados nas faculdades de odontologia do Brasil para o tratamento de urgência em casos de abscesso apical agudo. O tricresol formalina foi recomendado em 55% dos casos, seguido do PMCC e por último o hidróxido de cálcio. Entretanto, um estudo realizado por Garcia et al (2014), verificou que o PMCC foi a medicação intracanal mais utilizada entre os cirurgiões dentistas nas unidades de saúde da família. Para Soares (2011), assim que cessada a drenagem, a câmara pulpar é seca e nela é colocada uma bolinha de algodão estéril com pequena quantidade de medicação antisséptica (tricresol formalina ou paramonoclorofenol canforado). É importante ressaltar que, a ação do tricresol formalina não é seletiva e restrita ao conteúdo dos canais radiculares, podendo causar danos ao atingir a região do periápice (LOOS, 1971).

Para Baumann (2010), a medicação de escolha no atendimento de urgência é o gel de clorexidina, pois tem ação fungicida e antibacteriana, apresenta baixa toxicidade e seu efeito de substantividade a torna indispensável em casos de necrose pulpar. Um estudo *in vitro* realizado por Komorowski (2000) avaliou o efeito da substantividade antimicrobiana em dentina radicular de dentes bovinos tratados com clorexidina por um período de 21 dias. Foi observado que a mesma é uma medicação intracanal potente se ficar por um período de, no mínimo, sete dias.

A primeira referência ao uso do hidróxido de cálcio foi no ano de 1838, entretanto a partir de 1975, com os trabalhos de Heithersay e de Stewart que o mesmo passou a ser empregado como curativo de demora em casos de necrose pulpar.

Bergenholtz (2006) e Cohen (2007) recomendam, após a realização das atitudes locais para o tratamento de urgência, o hidróxido de cálcio como medicação intracanal. Ressaltam que é necessário aguardar a drenagem cessar para colocar a medicação intracanal. Lopes (2013) salienta suas ações antiinflamatória e antimicrobiana

O hidróxido de cálcio pode ser usado com veículos inócuos e biologicamente ativos. A primeira condição não influencia na atividade antimicrobiana do hidróxido de cálcio e a segunda traz efeitos adicionais a essa propriedade. Sukawat e Srisuwan (2002) realizaram um estudo comparando três pastas de hidróxido de cálcio com veículos diferentes para observar a eficácia contra *E. Faecalis*. A pasta de hidróxido de cálcio com PMCC, após sete dias, eliminou as bactérias dos túbulos dentinários. Já as pastas com os veículos de água destilada e clorexidina a 0,2% foram ineficazes neste quesito.

2.3.3 Selamento coronário

A assepsia da cavidade pulpar é um fator de extrema importância durante o tratamento endodôntico. A realização de um selamento coronário é justificada pelo impedimento da contaminação do canal (FERRAZ et al, 2009), entretanto, no atendimento de urgência em casos de abscesso apical agudo, o fato de selar ou não a cavidade constitui acirrada discussão dentro da academia.

Bergenholtz (2006) no seu protocolo de atendimento de urgência realiza o selamento coronário, pois alega que deixar o dente aberto ao ambiente oral pode contribuir para o estabelecimento de uma nova microflora, que seria de difícil eliminação. O autor sugere que, quando há uma abundante drenagem de exsudato e não se consegue realizar a secagem dos canais, deixa-se o paciente sentado por um tempo com o intuito de equilibrar a pressão no tecido apical. Depois de decorrido algum tempo, realiza-se o selamento coronário. Segundo Korownyk et al (2000), deixar o dente aberto traz problemas como: permitir aumento significativo da população microbiana e a penetração novos micro-organismos no canal, introduzir substratos para a proliferação microbiana, permitir contaminação e obstrução por restos alimentares e exigir a necessidade de consultas adicionais com risco de exacerbações frequentes. Para Cohen (2007), Baumann (2010) e Lopes (2013) o selamento coronário deve ser realizado. Estrela (2004) também afirma que é necessário selar a cavidade, desde que esteja seca, sem a presença de exsudato.

Em um estudo realizado por Torres et al (1994), foi constatado que os dentes deixados abertos ao meio oral mostraram níveis mais altos de secreção de imunoglobulina A. A presença desse polipeptídeo, por ser um fator de crescimento epitelial, pode estimular a proliferação de restos epiteliais de Malassez, encontrados nas lesões periapicais. Concluiu-se que deixar os dentes abertos pode aumentar a formação de cisto periapical.

Weine (1998) segue o protocolo de selar o dente, porém o autor relata que, para tal, a consulta poderá se estender muito, pois é necessário aguardar o término da drenagem do exsudato. A drenagem segue um padrão bem previsível, começando com um pus de cor amarelada, esbranquiçada ou esverdeada misturada com sangue. Gradualmente o pus diminui e o sangue predomina no fluido. Ao final há apenas uma exsudação de cor clara e serosa. No momento

que essa exsudação mais clara ocorre, é indicativo de que a exsudação mais forte já foi drenada. Esse processo pode demorar de 15 minutos a 1 hora. Para o autor, fazer o paciente aguardar tanto tempo pode ser um transtorno. Logo, quando a drenagem não cessa rápido, o dente é deixado aberto. Assim como Weine (1998), Soares (2011) também indica deixar o dente aberto em casos onde a drenagem não cessa. Para o autor, o bom senso é tão importante quanto o conhecimento. Mesmo que a restauração provisória seja uma conduta adequada do ponto de vista endodôntico, é necessário reconhecer que esse procedimento não pode ser estendido a todos os casos. A vantagem de selar a cavidade é impedir a introdução de novos micro-organismos no sistema de canais.

Para autores como Berger (2002), o selamento coronário poderá agravar o quadro doloroso. De Deus (1976) propõe deixar o dente aberto, utilizando somente uma mecha de algodão, para a prevenção da entrada de detritos e alimentos para o interior da câmara ou do canal. Também é proposto deixar o dente em infraoclusão.

2.3.4 Drenagem cirúrgica

A drenagem cirúrgica é um recurso terapêutico cuja finalidade é promover o alívio da sintomatologia por meio drenagem do exsudato purulento. (DE DEUS, 1976) A extensão e a distribuição do edema são determinadas pela localização do ápice e das inserções musculares e pela espessura da lâmina dura. (COHEN 1998). A remoção da causa o mais breve possível permite melhora considerável nos sinais e sintomas do quadro de infecção, sugerindo-se ainda que seja sempre seguida de drenagem da coleção purulenta. As incisões podem ser tanto intraoral quanto extraoral, porém tem que escolher uma área onde a estética não seja comprometida, assim como músculos e estruturas vasculares e nervosas. Para tanto, a anatomia da área a ser operada e as mínimas tensões da face devem ser de conhecimento do profissional, devendo a incisão para a drenagem ser realizada no ponto de maior flutuação e o mais estético possível, seguido sempre da divulsão dos tecidos. Após a drenagem, é necessária a manutenção de um dreno. (PETERSON, 2000).

Bergenholtz (2006) tem como protocolo a realização de uma incisão intraoral quando há presença de um edema de tecido mole, localizado e flutuante indicando a presença de um abscesso submucoso. Esse procedimento é realizado antes de uma intervenção no canal radicular. O autor relata que não é possível estabelecer categoricamente se a drenagem deve ser realizada antes ou depois do acesso ao canal radicular, mas como regra geral, realiza-se a drenagem antes. Não é aconselhável a incisão do tecido não flutuante, pois pode ocorrer a difusão de microorganismos. Já para Lopes (2013), caso a tumefação encontra-se intraoral, é realizada uma incisão na mucosa, mesmo na ausência de flutuação. A incisão deve-se preceder a intervenção no canal, pois esse procedimento reduz a pressão existente, responsável pela dor, deixando o paciente mais confortável para a execução dos procedimentos de acesso coronário e preparo químico-mecânico. O autor indica a drenagem cirúrgica extraoral nos casos de tumefação flutuante. A utilização de dreno é necessária apenas para a drenagem extraoral. Para Estrela (2004), a incisão é realizada sobre o ponto de flutuação. Este autor salienta que a drenagem extraoral deve ser direcionada acompanhando as linhas anatômicas, evitando-se assim a formação de uma cicatriz. Há indicação de utilização de um dreno por um período de 48 a 72 horas.

De Deus (1976) afirma que na presença de um abscesso flutuante, além do acesso a câmara pulpar, uma incisão, preferencialmente, intraoral é necessária. A incisão somente poderá ocorrer caso os tecidos estejam moles e flutuantes, e o local da incisão é no ponto mais central e distendido. Quando a drenagem é realizada por via cutânea, a sua execução é indicada por profissional com conhecimento especializado em procedimentos cirúrgicos.

Para Weine (1998), a drenagem através do tecido mole somente é realizada quando não há possibilidade de uma drenagem através do canal radicular, como por exemplo: presença de uma coroa e núcleo intrarradicular, uma obturação com cone de prata, ou um canal amplamente calcificado. O autor também indica a realização da incisão quando a tumefação seja corretamente localizada. Depois de realizada a incisão e posterior exsudação da coleção purulenta, um dreno é colocado, permitindo a complementação da drenagem. Assim como Weine (1998), Berger (2002) segue o protocolo de realizar a drenagem cirúrgica apenas quando há presença de tumefação.

2.4 INTERVENÇÃO SISTÊMICAS

Embora os princípios básicos da endodontia estejam concentrados no tratamento biomecânico do canal radicular, uma variedade de substâncias química para uso local e sistêmico tem sido empregada coadjuvadamente aos procedimentos clínicos a fim de minimizar a manifestação de sinais e sintomas do paciente. (BERGER, 2002). No artigo de Merskey (1979) a dor é descrita como: “uma experiência sensorial emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou virtual, ou descrita em termos de tal lesão”.

As medidas terapêuticas analgésicas podem ser específicas (tratamento primário ou etiológico, com uso de antimicrobiano ou drenagem de abscesso) ou sintomáticas. Essas são divididas em medicamentosas (analgésicas, anestésicas, entre outros) ou não medicamentosas (técnicas psicológicas, acupuntura, entre outros). (WANMACHER, 2013).

O abscesso apical agudo é um processo inflamatório supurativo, caracterizado pela formação de pus, que afeta os tecidos que envolvem a porção apical do dente. Apresenta evolução rápida, causando dor violenta (BERGER, 2002). Nesse caso, a dor associada será eliminada com o tratamento antimicrobiano apropriado. Já o uso de analgésico é apenas coadjuvante. (WANMACHER, 2013).

Para De Deus (1976), o tratamento do abscesso consiste na drenagem do exsudato e na administração de antibiótico e analgésico. A prescrição de antibiótico é recomendada, principalmente na presença de febre ou perturbações tóxicas.

Para Estrela (2004), o tratamento sistêmico também sempre é indicado, fazendo o uso de antimicrobiano, analgésico e algumas vezes, anti-inflamatório. Esse, por sua vez, é indicado quando o paciente apresenta trismo, abscesso endurecido (lenhoso), ou quando o mesmo foi submetido à drenagem intraoral ou extraoral. Wanmacher (2013) também indica o uso de anti-inflamatório quando há manifestações clínicas como dor, trismo e limitação funcional. A autora contraindica o uso em casos de infecções, pois, a reação inflamatória representa um mecanismo de defesa imunitária.

Para o tratamento sintomático da dor já instalada, com dor de intensidade moderada a intensa, a indicação é a associação de opióide (coidéna ou tramadol) a analgésico não opióide (paracetamol ou ácido acetilsalicílico). (SANTINI et al 2015).

Wanmacher (2013) descreve como manejo sequencial da dor aguda as seguintes medicações: para dor leve (ácido acetilsalicílico 500 a 100mg ou paracetamol 500 a 1500 mg); dor moderada (codeína 30mg e paracetamol 500mg); dor intensa (codeína 60mg e paracetamol 1000mg ou ibuprofeno 600mg ou cetarolaco 30 a 60mg, IM ou morfina 2,5-5mg IV).

A grande maioria das infecções de origem endodônticas é tratada sem a necessidade do emprego de antibióticos. A ausência de circulação sanguínea na polpa necrosada e infectada impede o acesso da medicação administrada sistemicamente aos micro-organismos responsáveis pela infecção. Em indivíduos saudáveis, a maioria das infecções pode ser tratada exclusivamente pelo estabelecimento da drenagem e remoção da causa do processo infeccioso. Entretanto o uso de antibiótico pode ajudar a impedir a disseminação da infecção endodôntica e o desenvolvimento de infecções secundárias em pacientes medicamente comprometidos. A prescrição de antibiótico só deve ser feita nas seguintes situações: desenvolvimento de edema generalizado; envolvimento sistêmico; pacientes debilitados e/ou com riscos de desenvolver endocardite bacteriana. (LOPES, 2013; ALFENAS et al 2014).

Weine (1998) tem como protocolo a não prescrição de antibiótico, desde que tenha ocorrido uma drenagem suficiente de exsudato e o paciente não esteja febril. No caso de ter ocorrido uma drenagem mínima e o paciente apresentar febre, ou quando uma drenagem mínima ocorrer e o paciente não apresentar febre, uma avaliação individualizada deve ser feita para decidir se é ou não necessária a prescrição de antibiótico. Um contato após 24 horas é conveniente. Caso os sintomas persistam, é necessário prescrever um antibiótico.

Segundo Wanmacher (2013), a escolha do antibiótico deve seguir alguns critérios, tais como: eficácia, segurança, comodidade de administração e menor custo. A maioria das espécies bacterianas envolvidas em infecções endodônticas, incluindo abscessos, é sensível às penicilinas. (ALFENAS et al 2014) O antibiótico de primeira escolha para as infecções endodônticas é a amoxicilina (LOPES, 2013, WANMACHER 2013). Os fármacos alternativos, quando há impossibilidade de prescrever amoxicilina são: cefalexina, eritromicina, azitromicina e clindamicina. (WANMACHER, 2013). Soares (2011) sugere a associação de amoxicilina e metronidazol em casos de infecções que não respondem ao uso de penicilinas e/ou clindamicinas. O metronidazol está especialmente indicado para infecções causadas por micro-organismos anaeróbios.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção do alívio da dor é uma das mais importantes competências do cirurgião-dentista, logo é de extrema importância o conhecimento das técnicas empregadas para poder realizar um bom atendimento de urgência.

O abscesso apical agudo é um caso frequente de urgência. Apresenta-se como um processo inflamatório supurativo. Clinicamente caracteriza-se pela presença de dor localizada, pulsátil e de alta intensidade.

Para o alívio da dor do paciente, é de consenso comum a tentativa de drenagem do exsudato, através do canal radicular, ou através de uma drenagem intra ou extraoral. Apesar de haver uma variedade de medicações intracanal, não há um consenso sobre qual é a melhor medicação a ser usada, assim como a realização de um selamento da cavidade após o atendimento de urgência. Alguns autores indicam deixar o dente aberto, a fim de permitir a drenagem do exsudato; já para outros autores, o fato de não selar a cavidade permite um aumento da população microbiana, obstrução de alimentos, entre outros.

Além dos procedimentos locais, o protocolo de urgência também indica o uso de medicação sistêmica, seja para um conforto maior do paciente, ou para um controle maior da infecção. Entretanto uso de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos não encontra um padrão definido entre os autores.

Sendo assim, o dentista, mais precisamente o endodontista, deve estar consciente da necessidade de intervenção local, assim como da indicação de uma medicação sistêmica, quando for clara a oportunidade de uso. Mesmo não havendo a exigência de uma padronização do protocolo para o atendimento de urgência, é importante refletir sobre estas condutas por meio da investigação sobre as propostas de diversos autores,

4 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFENAS, C.F; LINS, F.F; MANESCHY, M.T; UZEDA,M.. Antibioticos no tratamento de abcesso perirradiculares agudos. **Ver bras odontol.**; v.7, n.2, p: 120-3, 2014.
- BAUMANN, M; BEER, R. A. **Endodontia**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BERGENHOLTZ, G;; HORSTED-BINDSLEV, P; REIT, C. **Endodontia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2006.
- BERGER, C. R.. **Endodontia Clínica**. São Paulo: Pancast, 2002.
- BORBA, M. .G; et al. Effectiveness of intracanal dressing protocols on *Enterococcus faecalis* biofilm in a bovine teeth model-na in vitro study. **Rev. odonto.ciência** , v.30, n.2, p: 39-44,2015
- COHEN, S; BURNS, R.C.. **Caminhos da polpa**. 7.ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2007.
- ESTRELA, C. **Ciência Endodôntica**. São Paulo: Artes Médicas,2004.
- DE DEUS, Q.D. **Endodontia**. 2.ed.: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1976.
- DE PAULA, K; SILVEIRA, L; FAGUNDES, G ;FERREIRA, M. B; MONTAGNER, F. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in Brazil. **Braz Orak Res**, v.28, n.1, p: 1-6, 2014
- FERRAZ, E G, et al. Selamento de cimentos provisórios em endodontia. **RGO**, v.57, n:3, 2009.
- GARCIA, A.N; et al. Medicções intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abcesso periapical agudo. **Arq Odontol**. v.50, n.1, p: 13-19, 2014
- LOOS, H.P; HAN, J. S. An enzyme histochemical study of the effect of various concentrations of formocresol on connective tissues. **Oral Surg**. v .31, p: 571-585,1971.
- LOPES, H P. **Endodontia: biologia e técnica**. 3 ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2013.
- KOMOROWSKI, R, et al. Antimicrobial substantivity of clorexidine-treated bovine root dentin. **J Endod**. v. 26, n: 6, p: 315-317, 2000.
- KURIYAMA, T; ALLAN, G.M. Evidence-based approach to abcess management. **Can Fam Physiciana**, v.53, n.1, p: 680-4, 2007
- MELO, W; HOLLAND, R; SOUZA.V. Capeamento pulpar com hidróxido de cálcio ou pasta de óxido de zinco e eugenol. **Ver Fac Odontol**, v.1, n.33, p. 44, 1972

MERSKEY,H; WATSON, G.D.The lateralisation of pain. **Biomedical press**.p: 271-280, 1979

PETERSON, L. J. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

SANTINI M. F. **Comparação entre duas associações de analgésicos não opioides e opioides no controle da dor do abscesso dentoalveolar agudo em evolução: um ensaio clínico randomizado**. 2015.88f. Tese (Doutorado em Endodontia)-Programa de Pós-Graduação em Endodontia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,2015.

SOARES, I.J. **Endodontia: técnica e fundamentos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SUKAWAT, C; SRISUWAN,T..A comparison of the antimicrobial efficacy of three calcium hydroxide formulation on human dentin infected with *Enterococcus faecalis*. **J Endod**. v.28, p: 102-104, 2002.

TORRES, J.O.C; TORABINEJAD, M; MATRIZ, R.A.R; MANTILLA, E. G.. Presence of secretory Ig A in human periapical lesion. **J. Endod**, v.:20,n.87, 1994.

TRONSTAD L, **Clinical endodontics** 2nd ed. New York: Thieme,2003

VIER-PELISSER, F. V; GARBIN, R.P; SÓ, M. V R; MARCA C; PELISSER, A. Medicação intracanal e sistêmica e preconizada nas faculdades de Odontologia brasileira para o tratamento de urgencia do abscesso apical agudo. **Rev. odonto.ciência** , v.23, n.4, p: 278-282,2008.

WANNMACHER, L; Ferreira, M.B. **Farmacologia Clínica para Dentistas**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

WEINE, F. S. **Tratamento Endodôntico**. .5.ed. São Paulo: Santos,1998.