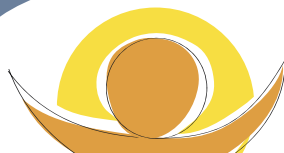


# **PROTOCOLO DE URGÊNCIAS EM ODONTOLOGIA**



**PORTO ALEGRE  
MAIS SAUDÁVEL**

**2014**

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE URGÊNCIAS  
SERVIÇO DE ODONTOLOGIA – PACS

## **PROTOCOLO DE URGÊNCIAS EM ODONTOLOGIA**

PORTO ALEGRE, OUTUBRO DE 2014.



**Prefeito Municipal de Porto Alegre**

José Fortunati

**Secretário Municipal da Saúde**

Carlos Henrique Casartelli

**Coordenação de Urgências e Emergências**

Arnaldo Homero Pibernat Villela

Fátima Ali

**Coordenação da Rede de Atenção Primária**

Fernando Ritter

**Coordenação Técnica de Saúde Bucal**

Evelise Tarouco da Rocha

**Diretor do Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul - PACS**

Mara Rosani Azambuja Soares



## PROTOCOLO DE URGÊNCIAS EM ODONTOLOGIA

### **Coordenadora do Serviço Odontológico de Urgência do PACS:**

Najla Cecília Allem da Veiga

### **Coordenação Técnica:**

Carlos Frederico Wannmacher

Deborah Platcheck

### **Elaboração**

Carlos Frederico Wannmacher

Carolina V. Perlott

Deborah Platcheck

Fabio Cipele

Fábio Maito

José Felipe L. Coimbra

Liliane Cardoso Hilgert

Lori H. Mertz

Miriam Nurkim

Rosana Z. Jaeger

Viterbo de Castro Filho

### **Revisão Técnica:**

Cassiano K. Roesing

José Antônio Figueiredo

Lenita Wannmacher

Liane K. Kilian

### **Colaboradores:**

Efraim Golbert

Elmo José Zibetti (in memoriam)

Ernani Schneider

Jeferson Miola

Lia Capsi Pires

Luiz Carlos N. de Freitas



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>ENDODONTIA</b>	
Pulpopatia Aguda Reversível (Hiperemia).....	13
Pulpopatia Aguda Irreversível (Pulpite).....	13
Pericementite .....	14
Abscesso Apical Agudo .....	14
<b>PERIODONTIA</b>	
Abscesso Gengival .....	16
Abscesso Periodontal.....	16
Pericoronarite.....	17
Gengivite/Periodontite Ulcerativa Necrosante .....	17
<b>CIRURGIA</b>	
Alveolite ou Osteíte Alveolar.....	19
Hemorragia.....	19
<b>TRAUMA</b>	
Lesões em Tecidos de Sustentação	
Concussão.....	21
Subluxação .....	21
Luxação Lateral.....	22



Luxação Intrusiva.....	22
Luxação Extrusiva.....	23
Avulsão .....	24
Lesões em Tecidos Duros	
Fratura Coronária sem envolvimento pulpar .....	26
Fratura Coronária com envolvimento pulpar.....	26
Fratura Coronorradicular .....	27
Fratura Radicular .....	27
Fratura Alveolar .....	28
Lesões em Tecidos Moles	
Lesões de Mucosa Oral .....	28

## **ESTOMATOLOGIA**

Câncer Bucal .....	29
Úlcera Traumática .....	29
Afta .....	30
Candidíase .....	30
Gengivoestomatite Herpética Aguda Primária .....	31
Herpes Labial .....	31
Mucocele .....	32
Sialolitíase.....	32
Lesões Hiperplásicas .....	33
Estomatomiíase .....	33

## **SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO**

Disfunção Temporomandibular ( DTM) .....35

Luxação da ATM.....35

Neuralgia do Trigêmeo.....36

Síndrome da Ardência Bucal.....36

## **INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS GRAVES**

Celulite Facial .....38

**TABELA DE MEDICAMENTOS** .....40

**LISTA DE INSTRUMENTAL** .....42

**LISTA DE MATERIAL** .....43

**BIBLIOGRAFIA** .....45



## INTRODUÇÃO

Conceitualmente, urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência imediata. As dores orofaciais e os traumas constituem a maior parte das urgências em odontologia.

A consulta de urgência diferencia-se das consultas odontológicas de rotina, pois visa à resolução pontual do agravo que motivou a busca por atendimento. Desta forma haverá uma adequação da anamnese e exame do paciente buscando, primordialmente, informações que possam influenciar a escolha da conduta.

As características da dor e um breve relato do desenvolvimento da patologia devem ser averiguados. O histórico médico do paciente, que evidencie doenças de ordem geral ou alergias e uso de medicamentos, deve ser investigado conforme a especificidade de cada atendimento.

O exame clínico deve focar aspectos significativos sobre a patologia que motivou o atendimento. Na busca do diagnóstico, além das características clínicas, testes de vitalidade pulpar, pressão e percussão podem ser utilizados. Exames complementares devem ser realizados sempre que necessários.

A magnitude do quadro clínico deve determinar se o tratamento pode ser realizado em ambiente ambulatorial ou hospitalar.

Apesar de alguns tratamentos realizados na consulta de urgência serem definitivos, outros necessitam de procedimentos posteriores; quando necessário, os pacientes devem ser orientados para sequência do tratamento.

O protocolo abrange as situações de urgências mais prevalentes nas áreas de endodontia, periodontia, estomatologia, sistema estomatognático, cirurgia, trauma dentoalveolar e infecções odontogênicas graves.

Para cada patologia são descritas as características clínicas, testes diagnósticos, exames complementares, condutas clínicas e farmacológicas, orientações e encaminhamentos. As condutas para dentes decíduos e farmacoterapia em crianças também estão contempladas.

A internação hospitalar está recomendada em pacientes que apresentem celulites odontogênicas graves e quadros hemorrágicos de difícil controle. São descritos os critérios para internação, bem como as condutas terapêuticas necessárias, a evolução e a alta.

O protocolo se constitui em um instrumento norteador para o conjunto da rede de atenção primária responsável pelo atendimento das situações de urgências em odontologia.

## ENDODONTIA

### **Pulpopatia Aguda Reversível (Hiperemia)**

*Conceito:* é o aumento do volume sanguíneo decorrente de dilatação dos vasos da polpa coronária, causado por agentes biológicos, químicos ou físicos.

*Características clínicas:* dor provocada, de declínio rápido ( $\pm$  4 minutos), contínua e localizada.

*Conduta em dente permanente:* realizar a remoção do tecido cariado ou da restauração existente, com posterior colocação de corticosteroide tópico por 5 a 10 minutos no assoalho da cavidade. Selar da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado.

*Conduta em dente decíduo:* mesma indicada para dentes permanentes.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno).

### **Pulpopatia Aguda Irreversível (Pulpite)**

*Conceito:* processo inflamatório agudo do órgão pulpar de caráter irreversível causado por agentes biológicos, químicos ou físicos .

*Características clínicas:* dor espontânea de longa duração, contínua e difusa. Responde positivamente ao teste de vitalidade pulpar e, em alguns casos, ao teste de percussão.

*Conduta em dente permanente:* realizar a trepanação da câmara pulpar com prévia remoção de tecido cariado quando presente, seguida da extirpação da polpa coronária e/ou do canal mais amplo. Irrigar abundantemente com solução de Milton. Em seguida, inserir pasta de hidróxido de cálcio na câmara pulpar e/ou no interior do conduto radicular e mecha de algodão seco na câmara. Selar cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado.

*Conduta em dente permanente com rizogênese incompleta:* realizar a trepanação da câmara pulpar com prévia remoção de tecido cariado quando presente, seguida da extirpação da polpa coronária. Proteger a polpa com pasta de hidróxido de cálcio e selar a cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado.

*Conduta em dente decíduo:* realizar a trepanação da câmara pulpar com prévia remoção de tecido cariado quando presente, seguido da extirpação da polpa coronária. Inserir pasta de hidróxido de cálcio na câmara pulpar, seguida da colocação de pasta de óxido de zinco e eugenol e selamento da cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado.

*Medicamentos:* Analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno).

## Pericementite

*Conceito:* processo inflamatório agudo dos tecidos ao redor do ápice radicular de um dente causado por agentes biológicos, químicos ou físicos. Pode estar associado a dentes com ou sem vitalidade pulpar.

*Características clínicas:* dor espontânea, contínua e localizada de pequena intensidade, sendo às vezes pulsátil. Responde positivamente ao teste de vitalidade em casos de polpa viva, sendo a percussão sempre positiva.

*Conduta em dente permanente com vitalidade pulpar:* remover a causa e fazer o ajuste oclusal.

*Conduta em dente permanente sem vitalidade pulpar:* dependendo da história clínica, realizar novo curativo com pasta de hidróxido de cálcio nos canais radiculares e mecha de algodão seco na câmara pulpar. Selar a cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado. Realizar o ajuste oclusal quando houver necessidade.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno).

## Abscesso Apical Agudo

*Conceito:* Processo inflamatório agudo com formação purulenta nos tecidos periapicais, após processo de necrose pulpar. Em alguns casos o processo deixa de ser localizado, estendendo-se para planos teciduais mais profundos, causando edema ou celulite facial (flegmão endodôntico).

*Características clínicas:* dor espontânea, intensa, localizada e pulsátil. O elemento dentário responde negativamente ao teste de vitalidade pulpar e positivamente à percussão. Na maioria das vezes apresenta mobilidade.

*Conduta em dente permanente:* drenar por via endodôntica ou por punção da lesão. Realizar a trepanação da câmara pulpar com prévia remoção de tecido cariado quando presente. Após, realizar a desobstrução dos canais (drenagem) e irrigar abundantemente com solução de Milton. Em seguida, inserir pasta de hidróxido de cálcio nos canais radiculares e mecha de algodão seco na câmara pulpar. Por fim, selar a cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado.

*Conduta em dente decíduo:* drenar por via endodôntica ou por punção da lesão. Realizar a trepanação da câmara pulpar com prévia remoção de tecido cariado quando presente. Após, desobstruir cuidadosamente os canais (germe do dente permanente) e drenar. Irrigar abundantemente com solução de Milton. Em seguida, inserir pasta de hidróxido de cálcio nos canais radiculares e câmara pulpar e mecha de algodão seco na câmara pulpar. Por fim, selar a cavidade com cimento de óxido de zinco e eugenol modificado.

*Conduta para dente com extração indicada:* realizar a drenagem e remoção imediata do foco infeccioso nos casos em que há possibilidade de acompanhamento do paciente.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) ou associação de opioide e não opioide (codeína + paracetamol). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que ocorrem sinais de disseminação local e/ou manifestação sistêmica do processo infeccioso (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas).



## PERIODONTIA

### Abscesso Gengival

*Conceito:* processo agudo da gengiva marginal que resulta em coleção purulenta, geralmente em consequência de trauma ou corpo estranho.

*Características clínicas:* aumento de volume, eritema, dor moderada, podendo haver fístula.

*Conduta:* remover o agente traumático, corpo estranho ou biofilme dental, drenar, se necessário e orientar higiene.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno), se necessários. Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos de clorexidina.

### Abscesso Periodontal

*Conceito:* processo agudo e destrutivo do periodonto que resulta em coleção purulenta no sítio periodontal, decorrente de infecção bacteriana ou presença de corpo estranho.

*Características clínicas:* aumento de volume, eritema, dor pulsátil e intensa, podendo haver fístula, supuração à sondagem e febre. Halitose e aumento de mobilidade podem estar presentes.

*Conduta:* drenar o abscesso com sonda periodontal, lima ou cureta, remover o corpo estranho, caso esteja presente e orientar higiene.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que ocorrem sinais de disseminação local e/ou manifestação sistêmica do processo infeccioso (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina.

*Diagnóstico diferencial:* abscesso periapical não apresenta vitalidade pulpar; quando há fístula, esta geralmente se encontra no terço apical, e a sondagem periodontal não a alcança. Dor à palpação do fundo do sulco. Imagem radiográfica com radiolucidez apical e sem destruição periodontal extensa.

## Pericoronarite

*Conceito:* infecção do folículo pericoronário de dente parcialmente erupcionado, ocasionada por bactérias, predominantemente anaeróbias, advindas do biofilme dental acometendo os tecidos ósseo e gengival, principalmente junto aos terceiros molares.

*Características clínicas:* aumento de volume, eritema, dor e, eventualmente, trismo e febre.

*Conduta:* realizar a drenagem do processo e, se necessário, gengivectomia. Orientar higiene.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que ocorrem sinais de disseminação local e/ou manifestação sistêmica do processo infeccioso (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina.

## Gengivite (GUN)/Periodontite Ulcerativa Necrosante (PUN)

*Conceito:* forma aguda e agressiva da inflamação gengival provocada por bactérias mistas com predominância de anaeróbios e participação de fusobactérias e espiroquetas. É favorecida por condições de baixa imunidade (principalmente em pacientes portadores de HIV), fumo, higiene oral pobre, gengivite, traumas pré-existentes, má nutrição e estresse. A PUN é uma evolução da GUN a qual não se limita à gengiva marginal, levando à perda de inserção por comprometer estruturas mais profundas, como tecido ósseo e ligamento periodontal.

*Características clínicas:* dor, sangramento fácil, por vezes espontâneo. Ulceração e necrose da papila interdental e margens gengivais que, em alguns casos, apresenta-se arredondada. As papilas podem estar separadas nas suas paredes vestibular e lingual ou apresentar o aspecto de crateras, em alguns casos, recobertas por induto branco-amarelado ou pseudomembrana. Geralmente inicia-se na região anterior, mas pode ocorrer em outras regiões. A área marginal à região de necrose apresenta-se eritematosa (eritema linear). Por vezes, ocorrem aumento de salivação, linfadenopatia, febre e hálito fétido. Nos casos de PUN, pode haver formação de sequestro ósseo.

*Conduta:* remover a placa e cálculo, conforme a tolerância do paciente. Onde houver sequestro ósseo, este deverá ser removido. Orientar higiene e indicar dieta nutritiva e líquidos.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que ocorrem sinais de disseminação local e/ou manifestação sistêmica do processo infeccioso (1ª escolha: metronidazol; 2ª escolha: clindamicina). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina.

*Diagnóstico diferencial:* gengivoestomatite herpética não apresenta predileção por áreas de papila interdental, podendo manifestar-se em qualquer local de gengiva livre e inserida, palato ou língua. O eritema apresenta-se mais difuso, e a halitose é mais rara. É mais frequente em crianças. A leucemia pode apresentar ulcerações inflamatórias em graus variados, geralmente de aspecto vermelho-azulado e edematoso; as ulcerações não têm predileção por papilas, podendo aparecer em locais distintos da mucosa gengival.

## CIRURGIA

### Alveolite ou Osteíte Alveolar

*Conceito:* é uma infecção do alvéolo dentário após exodontia, que retarda o processo cicatricial. Na alveolite úmida ocorre a desintegração do coágulo sanguíneo entre o segundo e o terceiro dias do período pós-cirúrgico. Na alveolite seca, o alvéolo apresenta-se vazio devido à falta de formação ou desprendimento do coágulo, com exposição das superfícies ósseas, áreas com necrose e falta de recobrimento epitelial. Pobre higiene oral, dentes parcialmente impactados, doença periodontal, uso de tabaco e idade avançada são fatores predisponentes.

*Características clínicas:* dor intensa, pulsátil e irradiada que surge, usualmente, 3 a 5 dias após a exodontia; gosto desagradável, odor fétido intrabucal e sialorreia. Paciente apresenta mal-estar geral, febre, sudorese, inapetência, irritabilidade e linfadenopatia, sem supuração. Há presença de coágulo castanho-escuro ou tecido de granulação infectado.

*Conduta:* anestésiar por bloqueio e irrigar abundantemente o alvéolo com soro ou clorexidina. Curetar o alvéolo suavemente para a remoção de restos necróticos e criação de novo coágulo não friável, aproximar as bordas gengivais e suturar. O paciente deve ser orientado a repousar, mantendo a cabeça elevada, evitar bochechos e empregar dieta pastosa e fria nas primeiras horas.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) ou associação de opioide e não opioide (codeína + paracetamol). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que ocorrem sinais de disseminação local e/ou manifestação sistêmica do processo infeccioso (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas).

### Hemorragia

*Conceito:* hemorragia é o extravasamento abundante e anormal de sangue por lesão vascular acidental ou cirúrgica, não havendo coagulação e hemostasia natural. A etiologia pode estar associada a condições sistêmicas ou medicamentosas. As causas locais são as mais frequentes e incluem infecção, trauma excessivo e lesões vasculares locais.

*Características clínicas:* sangramento, imediato ou tardio, na maioria das vezes associado a procedimento cirúrgico.

*Conduta:* realizar a anamnese do paciente para exclusão de condições sistêmicas (deficiências de produção de fatores da coagulação: hemofilia, cirrose hepática, anormal/baixa produção de plaquetas, púrpuras e hiperesplenismo), uso de medicamentos antiplaquetários (ácido acetilsalicílico e clopidogrel) ou anticoagulantes (heparinas e anticoagulantes orais) que possam estar associados ao sangramento, assim como identificação de episódios anteriores e duração do sangramento. Limpar a cavidade bucal com a remoção de todos os coágulos para localização da origem do sangramento. Aplicar medidas locais de hemostasia como compressão local, suturas múltiplas, eletrocauterização, esponja de fibrina e ácido tranexâmico. O ácido tranexâmico, em solução ou em forma de pasta (comprimidos macerados e diluídos em soro fisiológico), deve ser aplicado com gaze ou diretamente sobre a ferida cirúrgica. O paciente deve ser orientado a repousar, mantendo a cabeça elevada, evitar bochechos e empregar dieta pastosa e fria nas primeiras horas.

Contudo, pacientes com hemorragias persistentes, mesmo após manobras de hemostasia locais, devem ser transferidos para serviço médico de emergência para reposição volêmica e controle das condições clínicas subjacentes.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno).

## TRAUMA

### Lesões em Tecidos de Sustentação

#### Concussão

*Conceito:* traumatismo de pequena intensidade sobre os tecidos de sustentação, sem alteração da posição ou mobilidade dentária.

*Características clínicas:* dor a pressão, percussão e mastigação. O teste de vitalidade pulpar é positivo. Não apresenta alterações radiográficas.

*Conduta em dente permanente:* não requer intervenção imediata.

*Conduta em dente decíduo:* mesma conduta que em dentes permanentes.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno).

#### Subluxação

*Conceito:* traumatismo de intensidade moderada sobre os tecidos de sustentação, sem alteração da posição, mas com mobilidade dentária.

*Características clínicas:* o dente apresenta mobilidade leve, moderada ou intensa, associada a sangramento em torno do sulco gengival, indicando lesão nos tecidos periodontais. Há queixa de sensibilidade ao toque. A dor apresenta-se discreta e associada à mobilidade dentária. O teste de vitalidade pulpar é positivo, na maior parte dos casos. Não apresenta alterações radiográficas significativas.

*Conduta em dente permanente:* aplicar pequena pressão para manter o dente em nível oclusal e realizar contenção flexível por duas semanas.

*Conduta em dente decíduo:* não requer nenhuma intervenção imediata.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno); caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças, a higienização deve ser realizada com gaze embebida em solução de clorexidina.

*Recomendações gerais:* alimentação leve por duas semanas; escovação com escova macia, se possível; evitar prática de esportes violentos e remover hábitos de sucção.

## Luxação Lateral

*Conceito:* traumatismo de intensidade moderada sobre os tecidos de sustentação dentária, determinando deslocamento do dente no sentido V-L .

*Características clínicas:* o dente assume nova posição na arcada mostrando-se imóvel pelo seu travamento no osso alveolar, sangramento e laceração dos tecidos periodontais adjacentes. A dor é discreta. O teste de vitalidade pulpar é negativo, na maior parte dos casos. Há sensibilidade à percussão.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. Aplicar pequena pressão para reposicionar o dente, seguida de sutura dos tecidos moles; quando presente, reduzir a fratura alveolar. Contenção flexível por quatro semanas.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação. A conduta dependerá da intensidade da luxação:

- Sem interferência oclusal – aguardar reposicionamento espontâneo;
- Com pequena interferência oclusal – realizar ajuste oclusal;
- Com grande interferência oclusal – reposicionar o dente e,
- Com deslocamento importante – extrair.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno). Em casos de fratura alveolar, indica-se antibioticoterapia (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gaze.

*Recomendações gerais:* alimentação leve por duas semanas; escovação com escova macia, se possível; evitar prática de esportes violentos e remover hábitos de sucção.

## Luxação Intrusiva

*Conceito:* traumatismo sobre os tecidos de sustentação dentária que determina o deslocamento axial do dente para o interior do seu alvéolo.

*Características clínicas:* o dente pode estar em leve infraoclusão ou totalmente desaparecido; pode haver abaulamento da tábua óssea vestibular e ausência de mobilidade dentária. Ao teste de percussão, apresenta som metálico. O teste de vitalidade pulpar é negativo na maioria dos casos.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. Nos dentes com rizogênese incompleta ou completa que apresentam pouco deslocamento, nenhum procedimento é necessário na consulta de urgência, pois o reposicionamento dentário é espontâneo.

Nos casos de dentes com rizogênese completa e grande impacção, o mesmo deve ser retirado do seu alvéolo com fórceps e recolocado em posição, com posterior contenção flexível por quatro a oito semanas.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação. Nenhum procedimento é realizado na consulta de urgência; devendo-se aguardar a reerupção espontânea.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno). Em casos de fratura alveolar, indica-se antibioticoterapia (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gaze.

*Recomendações gerais:* alimentação leve por duas semanas; escovação com escova macia, se possível; evitar prática de esportes violentos e remover hábitos de sucção.

### Luxação Extrusiva

*Conceito:* traumatismo sobre os tecidos de sustentação dentária que determina o deslocamento do dente fora de seu alvéolo.

*Características clínicas:* o dente apresenta-se alongado e excessivamente móvel, com sangramento no sulco gengival. O teste de vitalidade pulpar é negativo na maioria dos casos.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. Fazer o reposicionamento do dente no alvéolo, com posterior contenção flexível por duas semanas.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação. Nenhum procedimento é realizado na consulta de urgência, nos casos de extrusão menor. Já nos casos mais graves, a extração deve ser realizada.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno). Em casos de fratura alveolar, indica-se antibioticoterapia (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gaze.

*Recomendações gerais:* alimentação leve por duas semanas; escovação com escova macia, se possível; evitar prática de esportes violentos e remover hábitos de sucção.



## Avulsão

*Conceito:* traumatismo do tecido de sustentação dentária que determina o deslocamento total do dente para fora do seu alvéolo, ocorrendo o rompimento do ligamento periodontal e do feixe vasculonervoso.

*Características clínicas:* o alvéolo apresenta-se sem o elemento dentário e com coágulo.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. O tratamento nestes casos tem dois objetivos: minimizar a inflamação dos tecidos ligamentares e pulpares e conservar a vitalidade dos dentes com rizogênese incompleta. O procedimento irá variar conforme o estágio de rizogênese do dente e o tempo de permanência extra-alveolar.

- Dente com ápice fechado que chega ao atendimento de urgência já reimplantado: manter o dente no alvéolo e lavar a área com água, soro fisiológico ou clorexidina. Suturar as lacerações de tecido mole, caso necessário. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível por duas semanas.
- Dente com ápice fechado e mantido em meio fisiológico ou em ambiente seco por menos de 60 minutos: limpar a superfície radicular, bem como o forame apical com soro fisiológico. Irrigar o alvéolo com soro fisiológico e verificar a presença de fraturas. Reposicionar o dente com pressão digital, sem uso de força. Suturar lacerações gengivais, se presentes. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível por duas semanas.
- Dente com ápice fechado e mantido em ambiente seco por mais de 60 minutos: remoção dos tecidos necróticos com gaze e após, imergir o dente em solução de fluoreto de sódio a 2% por 20 minutos. Irrigar o alvéolo com soro fisiológico e verificar a presença de fraturas. Reposicionar o dente com pressão digital, sem uso de força. Suturar lacerações gengivais, se presentes. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível por quatro semanas.

- Dente com ápice aberto que chega ao atendimento de urgência já reimplantado: manter o dente no alvéolo e lavar a área com água, soro fisiológico ou clorexidina. Suturar lacerações gengivais, se presentes. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível por duas semanas.
- Dente com ápice aberto e mantido em meio fisiológico ou em ambiente seco por menos de 60 minutos: limpar a superfície radicular, bem como o forame apical com soro fisiológico; imergir o dente em solução de doxicilina com soro fisiológico 1mg/20ml por 5 minutos. Verificar a presença de fraturas e remover o coágulo. Reposicionar o dente com pressão digital, sem uso de força. Suturar lacerações gengivais, se presentes. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível durante duas semanas.
- Dente com ápice aberto e mantido em ambiente seco por mais de 60 minutos: remover os tecidos necróticos com gaze e após, imergir o dente em solução de fluoreto de sódio a 2% por 20 minutos. Remover o coágulo do alvéolo com soro fisiológico e verificar a presença de fraturas. Reposicionar o dente com pressão digital, sem uso de força. Suturar lacerações gengivais, quando houver. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível durante quatro semanas.

A anestesia deve ser regional e realizada com anestésico sem vaso constritor. O paciente deve ser orientado a consultar um endodontista no prazo de uma semana após o reimplante.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação. Curetar cuidadosamente o alvéolo para verificar a presença de fragmentos. Dentes decíduos não devem ser reimplantados!

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno). Em casos de fratura alveolar, indica-se antibioticoterapia (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gaze.

*Recomendações gerais:* alimentação leve por duas semanas; escovação com escova macia, se possível; evitar prática de esportes violentos e remover hábitos de sucção.

## Lesões em Tecidos Duros

### Fratura Coronária sem envolvimento pulpar

*Conceito:* lesão coronária provocada por trauma sem exposição pulpar. Pode envolver somente o esmalte ou esmalte e dentina.

*Características clínicas:* o dente apresenta perda de estrutura da coroa. Há dor de intensidade variável nos casos de envolvimento dentinário, dependendo da extensão da fratura.

*Conduta em dente permanente:* proteger a dentina com cimento de hidróxido de cálcio e posteriormente colar o fragmento ou restaurar provisoriamente com cimento de ionômero de vidro.

*Conduta em dente decíduo:* arredondar os bordos das margens agudas, proteger a dentina com cimento de hidróxido de cálcio e posteriormente colar o fragmento ou restaurar com cimento de ionômero de vidro.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno).

### Fratura Coronária com envolvimento pulpar

*Conceito:* lesão coronária provocada por trauma com exposição pulpar.

*Características clínicas:* perda de substância com traço de fratura horizontal ou transversal atingindo a câmara pulpar. Dor espontânea ou provocada.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. O procedimento depende da evolução da rizogênese, do grau de exposição e do tempo transcorrido entre a exposição e o atendimento:

- ápice fechado: realizar o capeamento ou a pulpotomia parcial e aplicar pasta de hidróxido de cálcio, seguida de restauração provisória com cimento de ionômero de vidro, ou pulpectomia.
- rizogênese incompleta: realizar o capeamento ou a pulpotomia parcial e aplicar pasta de hidróxido de cálcio, seguida de restauração provisória com cimento de ionômero de vidro.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação. Realizar a pulpotomia parcial e aplicar pasta de hidróxido de cálcio, seguida de restauração provisória com cimento de ionômero de vidro. Dependendo do grau de maturidade dentária, a extração é indicada.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno).

## Fratura Coronorradicular

*Conceito:* lesão envolvendo esmalte, dentina e cimento, com ou sem envolvimento pulpar.

*Características clínicas:* observa-se traço de fratura em bisel, oblíquo ou vertical, com mobilidade dolorosa do fragmento coronário. Nos casos onde ocorrer exposição pulpar a dor é exacerbada à pressão, à mastigação e aos agentes térmicos.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. Realizar a extração do fragmento coronário e pulpectomia do fragmento radicular, ou extração dos dois fragmentos. Em dentes com rizogênese incompleta, tenta-se conservar a vitalidade pulpar, conforme o grau e tempo de exposição, realizando pulpotomia.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação e a extração do elemento dentário.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno).

## Fratura Radicular

*Conceito:* lesão envolvendo cimento, dentina e polpa. Pode estar localizada nos diferentes terços radiculares e ser horizontal, vertical ou oblíqua.

*Características clínicas:* o dente pode apresentar-se alongado, com ou sem mobilidade do segmento coronário. Pode ocorrer sangramento via sulco gengival e mudança de coloração da coroa. Apresenta resposta positiva à percussão e teste de vitalidade pulpar negativo.

*Conduta em dente permanente:* realizar radiografia para avaliação. Reposicionar o fragmento coronário. Verificar a correta posição do dente e realizar contenção flexível por quatro semanas; em casos de fratura cervical estender tempo de contenção para quatro meses.

*Conduta em dente decíduo:* realizar radiografia para avaliação. O tratamento depende do grau de deslocamento do segmento coronário:

- fraturas sem presença de deslocamento não requerem tratamento e,
- fraturas com deslocamento realizar a reposição do fragmento e a contenção flexível ou remover o fragmento deixando o resto apical para que sofra o processo de rizólise.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno). Em casos de fratura alveolar, indica-se antibioticoterapia (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gaze.

*Recomendações gerais:* alimentação leve por duas semanas; escovação com escova macia, se possível; evitar prática de esportes violentos e remover hábitos de sucção.

### Fratura Alveolar

*Conceito:* a fratura do osso alveolar pode estender-se ou não ao osso adjacente.

*Características clínicas:* o segmento contendo um ou mais dentes é deslocado axial ou lateralmente, em geral resultando em alteração oclusal. Ao teste de mobilidade, nota-se que o fragmento todo está móvel. O teste de percussão oferece um som abafado. Lacerações gengivais são frequentes. Apresenta dor à palpação.

*Conduta:* encaminhar para serviço especializado em trauma bucomaxilofacial.

## **Lesões em Tecidos Moles**

### Lesões de Mucosa Oral

*Conceito:* as lesões de tecidos moles periorais são de três tipos: laceração, contusão ou abrasão, dependendo da forma como é produzida.

*Características clínicas:* pode apresentar corte profundo ou raso, hematoma submucoso ou atrito da mucosa.

*Conduta:* realizar a limpeza e assepsia da região com solução de clorexidina. Pesquisar fragmentos no interior dos tecidos moles. Suturar os tecidos, quando necessário.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças, a higienização deve ser realizada com gaze embebida em solução de clorexidina.

## ESTOMATOLOGIA

### Câncer Bucal

*Conceito:* patologia onde há crescimento desordenado de células com capacidade de invadir tecidos e órgãos formando tumores malignos nos lábios e interior da cavidade bucal (língua, assoalho bucal, gengiva e mucosa jugal).

*Características clínicas:* A manifestação clínica mais conhecida é a úlcera indolor, de bordas endurecidas e que não cicatriza em duas semanas. Estas lesões, em estágio inicial, se assemelham ou são precedidos por distúrbios potencialmente malignos, como as leucoplasias e eritroplasias; ainda podem aparecer como massas proliferativas.

*Conduta:* encaminhar para o estomatologista.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) ou opioides em casos mais graves (codeína +paracetamol). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que há infecção associada à lesão (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina.

### Úlcera Traumática

*Conceito:* lesão provocada por agente traumático de origem mecânica, química ou térmica. Apresenta forma e profundidade variáveis, dependendo da causa, localização e tempo de evolução.

*Características clínicas:* apresenta superfície esbranquiçada com presença ou não de halo eritematoso. A reparação completa ocorre em 10-14 dias. O sintoma mais comum é dor.

*Conduta:* Remover o agente causador (trauma).

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno) e corticoesteroide tópico (acetona de triancinolona em pomada orabase).

*Recomendações gerais:* caso não haja regressão da lesão no período de 15 dias, encaminhar para o estomatologista.

## Afta

*Conceito:* lesão ulcerativa recidivante de fundo necrótico, delimitada por margem bem definida e circundada por halo eritematoso inflamatório, podendo ser única ou múltipla, usualmente em mucosa não ceratinizada.

*Características clínicas :* são reconhecidos três tipos de aftas: maiores (mais de 1cm), duram até 6 semanas e deixam cicatriz, menores (com até 1cm), duram de 7 a 10 dias e, herpetiformes (grupos de pequenas úlceras recorrentes). Apresentam dor moderada ou intensa.

*Medicamentos:* corticoesteróide tópico ou sistêmico.

- Aftas comuns - aplicação de triancinolona em orabase sobre a lesão;
- Aftas múltiplas - bochecho com dexametasona enquanto as lesões estiverem presentes e,
- Aftas maiores - prednisona, por via oral, nas lesões maiores com sintomatologia intensa e duração prolongada. O paciente deve ser monitorado criteriosamente.

## Candidíase

*Conceito:* é a infecção fúngica bucal mais comum causada pelo agente *Candida albicans*.

*Características clínicas:* a candidíase orofaríngea apresenta quatro tipos:

- candidíase induzida por prótese – eritema granular confinado à área de palato duro recoberta pela prótese; muitas vezes associa-se a queilite angular;
- pseudomembranosa – lesões esbranquiçadas em uma base eritematosa, comprometendo a mucosa bucal, língua, gengivas e garganta. É a forma mais comum em idades extremas, infância (sapinho) e velhice;
- eritematosa – manchas vermelhas situadas em palato mole e duro, dorso da língua e mucosa bucal e,
- hiperplásica – apresenta-se como placas brancas firmemente aderidas, distribuídas bilateralmente na mucosa bucal; pode ser mais resistente à terapia antifúngica tópica.

Na maioria das vezes são assintomáticas, mas eventualmente podem provocar dor, ardência, alteração do paladar, impedimento de fala e deglutição ou, mais raramente, prurido. O diagnóstico é eminentemente clínico. O comprometimento fúngico da cavidade bucal pode ser consequência de micose sistêmica ou decorrente do uso de antibióticos. A candidíase eritematosa (atrófica) e a candidíase pseudomembranosa devem ser vistas como indicativo de imunossupressão em indivíduos que não estejam dentro do perfil epidemiológico (recém-natos, idosos e usuários de próteses totais e parciais removíveis).

*Conduta:* orientar sobre a higienização correta de próteses removíveis.

*Medicamentos:* antifúngicos (nistatina ou miconazol em uso tópico).

### **Gengivoestomatite Herpética Aguda Primária**

*Conceito:* é a primeira exposição ao herpes vírus simples. Ocorre preferencialmente na primeira infância.

*Características clínicas:* pode ser subclínica ou manifestar-se sob forma de múltiplas vesículas disseminadas por toda a boca, as quais se rompem, formando úlceras. É autolimitada, apresentando regressão espontânea entre 7 a 10 dias. Em adultos, a infecção primária é caracterizada por lesões similares, mas podem limitar-se à região do palato mole e tonsilas. Podem ocorrer febre, linfadenopatia localizada, dor, aumento de salivação e incapacidade de se alimentar.

*Conduta:* orientar uma adequada hidratação e repouso.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) e, quando necessário, anestésicos tópicos (lidocaína) .

### **Herpes Labial**

*Conceito:* é uma infecção viral recorrente e contagiosa, sendo relacionada à baixa de imunidade.

*Características clínicas:* há um período prodromico caracterizado por sintomas de queimação, ardência e prurido. Após 24-48 horas ocorre a erupção de vesículas localizadas nas regiões labial e perilabial, as quais se rompem, formando crostas. A cura ocorre em 7 a 10 dias.



*Medicamentos:* antivirais devem ser administrados o mais precocemente possível, de preferência na fase de prurido (aciclovir tópico ou sistêmico em pacientes imunossuprimidos); em casos de imunossupressão grave, a dose pode ser duplicada.

### **Mucocele**

*Conceito:* lesão benigna de retenção de saliva, causada pelo rompimento e/ou obstrução do ducto de glândulas salivares menores.

*Características clínicas:* aumento de volume em forma de bolha, prioritariamente na mucosa interna do lábio e ventre lingual, de coloração azulada ou esbranquiçada, denotando o conteúdo líquido do seu interior. Raramente há sintomatologia dolorosa e apresenta história clínica com episódios de remissão e exacerbação.

*Conduta:* encaminhar para o estomatologista.

### **Sialolitíase**

*Conceito:* obstrução do ducto das glândulas salivares maiores causado por cálculos. As glândulas submandibulares são afetadas em 85% dos casos, seguidas pelas glândulas parótidas e sublinguais responsáveis por 10% e 5% dos casos, respectivamente.

*Características clínicas:* manifesta-se por aumento de volume, localizado na região das glândulas submandibular, sublingual ou parótida. Pode apresentar sintomatologia dolorosa, as vezes lancinante, que se exacerba nos períodos das refeições. Apresenta, usualmente, episódios de remissão e exacerbação do quadro clínico.

*Conduta:* encaminhar para o estomatologista.

*Medicamentos:* analgésico não opioide (paracetamol ou ibuprofeno). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que ocorrem sinais de disseminação local e/ou manifestação sistêmica do processo infeccioso (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas).

## Lesões Hiperplásicas

*Conceito:* ocorrem por aumento da proliferação dos tecidos epitelial ou fibroso, acompanhado de maior número de células do infiltrado inflamatório.

*Características clínicas:* geralmente não são dolorosas; no entanto, o volume excessivo da lesão pode ocasionar compressão, trauma, sangramento ou contaminação secundária. Lesões hiperplásicas em estado avançado, quando há comprometimento de planos mais profundos, podem apresentar quadro doloroso de difícil controle.

*Conduta:* encaminhar para o estomatologista

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) ou opioides em casos mais graves (codeína +paracetamol). Antibioticoterapia está indicada nos casos em que há infecção associada à hiperplasia (1ª escolha: amoxicilina ou amoxicilina + ácido clavulânico; 2ª escolha: clindamicina em adultos ou estolato de eritromicina em crianças para pacientes alérgicos às penicilinas ou não responsivos a elas). Caso haja impossibilidade de higienização, prescrição de bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gase.

## Estomatomíase

*Conceito:* doença parasitária provocada pela larva da mosca.

*Características clínicas:* a sintomatologia, bem como a gravidade das miíases cavitárias, varia de acordo com a localização e o número de larvas. Podem ocorrer mialgia, febre, odor acentuado e desconforto local, além de inflamação dos tecidos circundantes, ulcerações, necrose tecidual e até envolvimento ósseo. A movimentação das larvas facilita o diagnóstico da miíase oral. O local mais comumente afetado na cavidade bucal são os dentes anteriores em ambos os maxilares e palato. Manifesta-se, usualmente, em indivíduos portadores de enfermidades como tetraplegia, debilidade mental, senilidade, alcoolismo, entre outras.

*Conduta:* remover cirurgicamente as larvas com pinça clínica ou cureta periodontal, evitando rompê-las no interior da cavidade, o que dificulta a cicatrização. Lavar a cavidade com soro fisiológico e/ou antisséptico. Para facilitar o acesso e assegurar a completa remoção, recomenda-se o uso de substâncias asfixiantes como de gel de digliconato de clorexidina, solução de éter ou vaselina sólida. O uso de anestesia é recomendado em casos de pacientes com problemas mentais e, quando as larvas se encontrarem em planos teciduais mais profundos, muitas vezes comunicando-se com estruturas anatômicas importantes, como o seio maxilar e as fossas nasais.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno). Em casos de maior gravidade e/ou dúvida sobre a total remoção das larvas deve-se prescrever antiparasitário sistêmico (ivermectina). Na impossibilidade de higienização, prescrever bochechos com clorexidina. Em crianças a higienização com clorexidina deve ser realizada com gaze.

*Recomendações gerais:* todo o paciente deve ser encaminhado ao médico para avaliação de possíveis focos em outras partes do corpo. Os casos em que há invasão de outras cavidades faciais devem ser encaminhados para serviço especializado de bucomaxilofacial em nível hospitalar.

## SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

### Disfunção Temporomandibular (DTM)

*Conceito:* a etiologia da DTM é multifatorial. Alterações na oclusão (perdas dentárias, desgaste dental, próteses mal adaptadas, cáries e restaurações inadequadas), lesões traumáticas ou degenerativas da ATM, problemas esqueléticos, fatores psicológicos e hábitos parafuncionais (bruxismo), podem levar ao desequilíbrio da articulação temporomandibular e desarmonia de todo o sistema estomatognático.

*Características clínicas:* a dor é o sintoma mais comum em pacientes com esta disfunção. Além das dores nos músculos faciais, cervicais e na própria articulação, os sinais mais frequentes são cefaleia, estalidos ou ruídos na articulação, limitação de abertura de boca, zumbido e dificuldade de mastigação. Embora a prevalência seja maior em mulheres na faixa de 21 a 40 anos, crianças também podem apresentar sinais e sintomas associados a distúrbios temporomandibulares.

*Conduta:* o tratamento para os casos de disfunções de ATM exige conhecimento profundo da etiologia do problema, e na maioria dos casos é necessário um trabalho interdisciplinar de longo prazo. O paciente deve ser orientado a procurar serviço especializado e medicado para o quadro agudo.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) e relaxante muscular de ação central (diazepam).

### Luxação da ATM

*Conceito:* a luxação da ATM ocorre quando o côndilo se move para fora da fossa glenoide. Classifica-se em anterior, posterior, superior, lateral ou medial. O deslocamento é mantido pelo espasmo dos músculos mastigatórios. As luxações podem ser traumáticas, quando associadas a fraturas ósseas, atraumáticas, de ocorrência espontânea (bocejo, gargalhada etc.) ou ainda relacionadas a microtraumas (procedimentos clínicos ou cirúrgicos).

*Características clínicas:* incapacidade de fechar a boca, protrusão do mento, salivação, dificuldade de falar, dor em graus variáveis e tensão da musculatura mastigatória. Nos casos de luxação unilateral, ocorre um desvio do mento para o lado oposto.

*Conduta:* nas luxações atraumáticas consiste em reposicionar manualmente o côndilo mandibular na fossa glenoide. Essa manobra é realizada com o paciente sentado e com a cabeça apoiada. O profissional, localizado à frente do paciente, posiciona o dedo polegar protegido com gaze sobre a face oclusal dos molares ou sobre o rebordo alveolar e realiza firme pressão para baixo e para trás, com o intuito de destravar a mandíbula. Quando for unilateral, realizar a manobra do lado correspondente ao deslocamento. Podem-se empregar relaxantes musculares centrais para espasmos intensos e infiltração intramuscular de anestésicos para facilitar a redução. Se o paciente usa prótese total, esta deve ser removida antes da manobra. As luxações traumáticas devem ser encaminhadas para serviço especializado de bucomaxilofacial de referência em trauma.

Medicamentos: analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) e relaxante muscular de ação central (diazepam).

### **Neuralgia do Trigêmeo**

*Conceito:* é um distúrbio neuropático que ocorre na distribuição do nervo trigêmeo, geralmente comprometendo suas segunda e terceira divisões e afetando a maxila e mandíbula. É mais prevalente em mulheres, na faixa etária de 50-60 anos e de localização maxilar.

*Características clínicas:* dor facial em choque (paroxismo doloroso), lancinante, incapacitante e, geralmente unilateral.

*Conduta:* encaminhar ao neurologista uma vez que o tratamento com anticonvulsivantes exige acompanhamento contínuo.

*Medicamentos:* analgésicos não opióides (paracetamol ou ibuprofeno) ou associação de opioide e não opioide (codeína + paracetamol).

*Diagnóstico diferencial:* cefaleia em salvas, pulpites, arterite de células gigantes, neuralgia de nervo glossofaríngeo, tumor intracraniano, esclerose múltipla, otite média, hemicrania paroxística, neuralgia pós-herpética, sinusite, DTM ou outra neuropatia trigeminal.

### **Síndrome da Ardência Bucal**

*Conceito:* é caracterizada por dor ou desconforto crônico na mucosa oral, sem que haja lesões causadoras identificáveis e sem ser detectada qualquer outra condição ou doença. Sua prevalência varia entre 1 a 5% . Afeta principalmente mulheres na pós-menopausa e com mais de 50 anos.

Embora sua etiologia seja controversa, fatores locais (fumo e álcool), psicogênicos (ansiedade e depressão) e sistêmicos (diabetes e xerostomia) são apontados como possíveis desencadeadores dessa patologia.

*Características clínicas:* a ardência ou queimação pode ser de grau variável, sendo intensificada no decorrer do dia, podendo ter períodos assintomáticos. É principalmente bilateral, envolvendo a parte anterior da língua na maioria dos casos e, às vezes, os lábios, palato e faringe. Os sintomas podem se agravar ao falar, ingerir alimentos quentes ou condimentados e em situações de estresse. As alterações no paladar e na salivação estão entre as características associadas .

*Conduta:* encaminhar a serviço especializado uma vez que o tratamento exige acompanhamento contínuo de equipe multiprofissional.

*Medicamentos:* analgésicos não opioides (paracetamol ou ibuprofeno) ou associação de opioide e não opioide (codeína + paracetamol).

*Diagnóstico diferencial:* candidíase, xerostomia, alérgenos orais, Síndrome de Sjögren, deficiências vitamínicas e hormonais.

## INFECÇÕES ODONTOGÊNICAS GRAVES

### Celulite Facial

*Conceito:* a celulite facial é a complicação mais frequente e grave das infecções odontogênicas. Caracteriza-se por pronunciado edema dos tecidos moles com disseminação de bactérias para as estruturas profundas de pescoço e face. Em casos mais graves pode evoluir para fascíte necrosante, mediastinite, trombose do seio cavernoso, abscesso cerebral e meningite, os quais têm alto grau de mortalidade.

*Características clínicas:* são critérios para internação clínica:

- aumento de volume de rápida progressão;
- dor em graus variáveis;
- debilidade geral do paciente;
- febre superior a 38° C;
- trismo;
- dificuldade de deglutição;
- linfonodos palpáveis;
- dispneia;
- disseminação bilateral pelo espaço sublingual e submandibular;
- pacientes imunocomprometidos e com doenças sistêmicas crônicas;
- impossibilidade de o paciente seguir o tratamento por si só.

*Sinais de alerta que indicam necessidade de internação hospitalar imediata em serviço especializado de cirurgia bucomaxilofacial:*

- elevação da língua;
- pele com eritema, lisa, tensa e brilhante;
- dor cervical ou torácica;
- edema com extensão cervical e/ou torácica;
- taquipneia;
- alteração da região orbital e periorbital (dor nos olhos, lacrimejamento, distúrbios visuais, exoftalmia, hemorragia subconjuntival, edema palpebral e limitação da motilidade ocular).

*Conduta:* os objetivos do tratamento são a cura da infecção e a prevenção de complicações. O tratamento consiste na manutenção das vias aéreas, remoção da causa, descompressão cirúrgica/drenagem com colocação de dreno, antibioticoterapia parenteral intensiva e prolongada, prescrição de analgésicos e antitérmicos, hidratação, suporte nutricional conforme a tolerância do paciente, manutenção da higiene oral e repouso.

A remoção do foco primário de infecção e a drenagem cirúrgica devem ser realizadas o mais breve possível. Nos casos onde os sinais de alerta estão presentes identificando quadros mais graves (mediastinite, trombose do seio cavernoso, angina de Ludwig e fascíte necrosante) e na impossibilidade de realizar a drenagem, o paciente deverá ser encaminhado para serviço especializado de cirurgia bucomaxilofacial em nível hospitalar.

*Medicamentos:* amoxicilina + ácido clavulânico (por via intravenosa) é o antibiótico de eleição em casos de infecções graves e resistentes em adultos e crianças. A clindamicina está indicada como 1ª escolha para os pacientes alérgicos as penicilinas. Uma resposta favorável deve ser alcançada após 48 horas do início da terapia, e a dosagem mantida por sete dias. Analgésicos e antitérmicos parenterais devem ser prescritos em casos de trismo e de acordo com a intensidade dos sintomas do paciente. Nos casos de dor de fraca/média intensidade e/ou febre, paracetamol (por via oral) é a 1ª escolha, tendo como alternativa a dipirona (por via intravenosa) em pacientes com trismo total. Em dor de maior intensidade: codeína+paracetamol (por via oral) ou tramadol (por vias intravenosa ou intramuscular). Os antiinflamatórios, especialmente se utilizados isoladamente, aceleram o desenvolvimento da celulite porque reduzem a resposta imune; não devem ser administrados. O paciente deve ser reavaliado no mínimo a cada 24 horas até a sua alta.

O tempo de tratamento para a evolução favorável é de até cinco dias. Após este período, encaminhar para internação hospitalar.

*Conduas e orientações para alta:*

- drenagem cirúrgica ou espontânea;
- diminuição do edema;
- ausência de dor e febre;
- resolução do trismo;
- deglutição normal;
- melhora do quadro geral do paciente;
- possibilidade de continuidade do tratamento pelo paciente;
- nos casos de origem endodôntica, realizar curativo de demora conforme protocolo;
- nos casos de extração indicada, realizar procedimento conforme preconizado no protocolo;
- prescrever os medicamentos para continuidade do tratamento: amoxicilina + ácido clavulânico ou clindamicina em adultos e amoxicilina + ácido clavulânico ou estolato de eritromicina para segmento terapêutico em crianças e,
- orientar o paciente quanto à solução definitiva da patologia.



## TABELA DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	PRODOSE	VIA	NIERMO (HORAS)	DURAÇÃO
<b>Analgésicos não opioides e antitérmicos</b>				
paracetamol	A: 1 a 2 comp. 500mg C: 1 gota/kg sol.oral 200mg/ml	VO	4	Enquanto houver dor
ibuprofeno	A: 1 comp. 600mg C: 2 gotas/kg sol. oral 50mg/ml <sup>(a)</sup>	VO	6-8	Enquanto houver dor
dipirona	A: 1 amp. 2 ml (500mg/ml) C: ½ amp. 2 ml (500mg/ml)	IV	6	Enquanto houver dor
<b>Analgésicos opioides</b>				
codeína + paracetamol	A: 1 a 2 comp. 30mg+ 500mg	VO	4-6	Enquanto houver dor
tramadol	A: 1 amp. 100mg	IV	6	Enquanto houver dor
<b>Anestésicos</b>				
lidocaína	Pomada 5% Geleia 2% Spray 10%	Bucal	6-8	Enquanto houver dor
<b>Antiinflamatórios esteroides</b>				
acetona de triancinolona	A: 1mg (orabase) C: 1mg (orabase)	Bucal	6-8	Enquanto houver dor
dexametasona	Elixir 0,5mg/5ml	Bucal	24	Máximo 7 dias
prednisona	A: 1 comp. 20mg	VO	24	Máximo 7 dias
<b>Relaxantes musculares</b>				
diazepam	A: 1 a 2 comp. 5mg 1 amp. 10mg/2ml	VO IV/IM	6-12 Dose única	Máximo 7 dias

MEDICAMENTO	PRODOSE	VIA	INTERVALO (HORAS)	DURAÇÃO
<b>Antimicrobianos</b>				
amoxicilina	A: 1 comp. 500mg C: 250mg/5ml susp.oral <sup>(b)</sup>	VO	8	7 dias
amoxicilina+ ác. clavulânico	A: 1 comp.500mg+125mg C: 250mg + 62,5mg /5ml susp. oral <sup>(b)</sup> A: 1 amp. 1000mg+200mg C: ½ amp.500mg+100mg <sup>(b)</sup>	VO  IV	8	7 dias
clindamicina	A: 1 comp. 300mg A: 1 amp. 600mg C: 1 amp. 300mg <sup>(b)</sup>	VO  IV	6-8	7 dias
estolato de eritromicina	C: 250 mg/5ml susp. oral <sup>(b)</sup>	VO	6	7 dias
metronidazol	A: 1 comp. 400mg	VO	8	7 dias
digliconato de clorexidina	A: 0,12% sol. oral 0,2% gel	Bucal	8	7 dias
<b>Antivirais</b>				
aciclovir	A: creme dermat. 50mg/g 1 comp. 200mg	Mucocutânea VO	4 5	5 dias
<b>Antifúngicos</b>				
nistatina	A: 4 a 6 ml 100.000 UI/ ml susp.oral C: 1 a 4 ml 100.000 UI/ml susp. Oral	Bucal ou VO	4	10-14 dias
miconazol	A: 2% gel oral	Bucal	4	10-14 dias
<b>Antiparasitários</b>				
ivermectina	A: 2 comp. 6mg <sup>(c)</sup>	VO	Dose única	
<b>Agentes hemostáticos locais</b>				
ácido tranexâmico	Solução a 5% Comp. 250mg	Bucal		Até a hemostasia

- (a) – dose máxima de 40 gotas.  
(b) – dose para crianças com 20kg.  
(c) – mais um comprimido em 24 horas, se o resultado não for completo.

## LISTA DE INSTRUMENTAL

- Afastadores bucais
- Alavancas cirúrgicas
- Alveolótomo
- Alicate 139
- Alicate de corte para fio grosso
- Cabo de bisturi
- Colheres de dentina
- Colgaduras
- Curetas cirúrgicas
- Curetas periodontais
- Enxadas apicais
- Espátulas de inserção
- Espátula de manipulação
- Espelho bucal
- Fórceps adultos e infantis
- Fresas para acrílico
- Lage de vidro
- Limas para osso
- Pinça clínica
- Pinça dente de rato pequena
- Pinça hemostática pequena
- Porta agulha
- Seringa carpule
- Sindesmótomo
- Sonda exploradora
- Sonda milimetrada
- Tesoura cirúrgica reta e curva

## LISTA DE MATERIAL

- Abaixadores de língua
- Água destilada
- Agulha descartável
- Agulha odontológica curta
- Algodão hidrófilo
- Algodão em rolete
- Anestésicos com vaso constritor
- Anestésicos sem vaso constritor
- Anestésicos tópicos
- Brocas de alta rotação
- Brocas de baixa rotação
- Brocas lentulo
- Cimento de hidróxido de cálcio
- Cimento de óxido de zinco e eugenol
- Cimento de óxido de zinco e eugenol modificado
- Compressa de gaze
- Corticosteróide tópico – dexametasona em susp. ou sol. oftálmica
- Dreno de Penrose
- Esponja de fibrina
- Eugenol
- Éter
- Extirpa nervos
- Fio coaxial 0.0175”
- Fio dental
- Fio de sutura
- Fixador para Rx
- Fluoreto de sódio gel a 2%
- Gliconato de clorexidina gel a 2%
- Gliconato de clorexidina sol. a 0,12%
- Hidróxido de cálcio P.A.
- Ionômero de vidro para restauração foto
- Kit de resinas fotopolimerizáveis
- Lâmina de bisturi nº 11 e 15
- Limas tipo Kerr
- Papel articular

- Películas radiográficas
- Revelador para Rx
- Seringa descartável plástica de 3ml e 5 ml
- Solução de ácido tranexâmico a 5%
- Solução de doxicilina 1mg/20ml
- Solução de Milton – hipoclorito de sódio a 1%
- Soro fisiológico
- Spray congelante de uso odontológico
- Sugadores descartáveis
- Vaselina sólida

## BIBLIOGRAFIA

ALENCAR JUNIOR, F.G.P.; MENDES, C.R.; GUIMARÃES, M.R. Avaliação longitudinal de pacientes com disfunções têmporomandibulares tratados com placas oclusais, aconselhamento e farmacoterapia. *Revista odontológica do Brasil Central*, Goiânia, v. 40, n. 15, p. 63-70, 2006.

ALMEIDA F.G.; MELLO, E.B.; IRIKURA, S. Terapêuticas farmacológica e oclusal em cefaleias relacionadas a desordens temporomandibulares. *Revista do Serviço ATM*, Rio de Janeiro, v. IV, p. 22, jan. 2008.

ALVES, T.C.A.; AZEVEDO, G.S.; CARVALHO, E.S. Tratamento farmacológico da neuralgia do trigêmeo: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 6, p. 836-849, nov./dez. 2004.

AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS. *The treatment of traumatic dental injuries*. Chicago, 2013. 16 p.

ANDERSSON, L. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth. *Dental Traumatology*, Loma Linda, v.28, n. 2, p. 88-96, Apr. 2012.

ANDREASEN, J.O. *Atlas de Reimplante e Transplante de Dentes*. São Paulo: Panamericana, 1993.

ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. *Traumatismo Dentário: Soluções Clínicas*. São Paulo: Panamericana, 1991.

ANDREASEN, J.O.; ANDREASEN, F.M. *Texto e atlas colorido de traumatismo dental*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ANDREASEN, J.O. et al. *Traumatic Dental Injuries - A Manual*. 3 ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.

ATOOUT, R.N.; TODESCAN, S. Managing Patients with Necrotizing Ulcerative Gingivitis. *J Can Dent Assoc*, Ottawa, v. 79, p. 46, 2013.

BARBIN, E.L.; SPANÓ, J.C.E. *Atendimento de urgência em endodontia*. Plataforma de Ensino Continuoado de Odontologia e Saúde da UFPEL. Pelotas, abr. 2011.

BIZ, M.T. *Eventos agudos na atenção básica recurso eletrônico: dor de origem endodôntica*. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.unasus.ufsc.br>>. 2013.

CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cadernos de saúde bucal "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de cirurgia ambulatorial"*. São Paulo, dez. 2005.

CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cadernos de saúde bucal "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de endodontia"*. São Paulo, dez. 2005.

CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cadernos de saúde bucal "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de periodontia"*. São Paulo, dez. 2005.

CENTRO TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Cadernos de saúde bucal "Qualidade e resolutividade na atenção básica: recomendações de odontopediatria e ortodontia preventiva"*. São Paulo, dez. 2005.

CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO PIAUÍ. *Protocolo de urgência e emergência da odontologia*. Teresina, 2012. 84 p.

COSTA, L.E.D. et al. Panorama do ensino da terapia pulpar em dentes deciduos nos cursos de graduação em odontologia. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, João Pessoa, v. 12, n. 3, p. 425-431, set. 2012.

CRUZ FILHO, A.M.; PECORA, J.D. *Terapêutica. Temas de Endodontia*. São Paulo: FORP-USP, 2004.

DATARKAR, A.N. *Exodontia Practice*. New Deli: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2007.

DE LEEUW, R.; KLASSER, G.D. *Orofacial pain: guidelines for assessment, diagnosis and management*. 5 ed. Hanover Park: Quintessence Publishing Co Inc, 2013.

DEUS, Q. D. *Endodontia*. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

DIANGELIS, Anthony J. et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology*, Loma Linda, v. 28, n. 1, p. 2-12, fev. 2012.

FERNANDES, B. V.; FERNANDES, T.L. Trombose séptica odontogênica de seio cavernoso: relato de caso. *Braz Rev Dens*, Curitiba, v. 19, n. 2, p. 12, 2011.

GAETTI-JARDIM JR, E. et al. Microbiota associated with infections of the jaws. *Int J Dent*, Cairo, v. 2012, p. 1-8, 2012.

GILL, N. et al. Pulp treatment for extensive decay in primary teeth. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*. v. 2, art. CD003220.

GOLDBERG, M.H.; TOPAZIAN, R.G. Infecções odontogênicas e infecções dos espaços faciais profundos de origem dentária. In: GOLDBERG, M.H.; HAUPP, J.R.; TOPAZIAN, R.G. *Infecções orais e maxilofaciais*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2006. p. 158-187.

GUTIERREZ, L.M.O.; GROSSMANN, T.K.; GROSSMANN, E. Deslocamento anterior da cabeça da mandíbula: diagnóstico e tratamento. *Revista Dor*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 64-70, jan/mar 2011.

HUPP, J.R. Farmacologia antibiótica para infecções maxilofaciais. In: GOLDBERG, M.H.; HAUPP, J.R.; TOPAZIAN, R.G. *Infecções orais e maxilofaciais*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2006. p. 112-125.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY. *Reference Manual: Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth*. Loma Linda, 2013. p. 308-318.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY. *Reference Manual: Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 2. Avulsion of permanent teeth*. Loma Linda, 2013. p. 319-326.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY. *Reference Manual: Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition*. Loma Linda, 2013. p. 327-335.

KOERNER, K.R. *Manual of minor oral surgery for the general dentist*. Victoria: Blackwell Munksgaard, 2006.

KOUASSI, Y.M. Microbiology of facial cellulitis related to dental infection. *Med Mal Infect*, Philadelphia, v. 41, n. 10, p. 540-545, Oct. 2011.



LANGDON, J. et al. *Operative oral and maxillofacial surgery*. 2ª ed. London: Hodder & Stoughton Limited, 2011.

LASKARIS, G.; SCULLY, C. *Manifestações periodontais das doenças locais e sistêmicas*. São Paulo: Santos, 2005.

LEONARDO, M.R. *Endodontia: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos*. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

LEONARDO, R.T. *Endodontia: conceitos biológicos e recursos tecnológicos*. São Paulo: Artes Médicas, 2009.

LEONARDO, M.R.; Leal, J.M. *Endodontia: tratamento de canais radiculares*. 3ed. São Paulo: Panamericana, 1998.

LIN, T.U.; LU, N.P.W. Retrospective study of pediatric facial cellulitis of odontogenic origin. *Pediatr Infec Dis J*, New York, v. 25, n. 4, p. 339-342, Apr.2006.

LINDHE, J. *Tratado de periodontia clínica e implantologia oral*. 5 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.

MALMGREN, Barbro et al. Guidelines for the management of traumatic dental injuries: 3. Injuries in the primary dentition. *Dental Traumatology*, Loma Linda, v. 28, n. 3, p. 174-182, June 2012.

MANFREDINI, D. et al. Epidemiology of bruxism in adults: a systematic review of the literature. *J Orofac Pain*, v. 27, n. 2, p. 99-110, 2013.

MARQUES, M.A. et al. Hidróxido de cálcio associado a clorexidina e/ou paramonoclorofenol como curativo de demora em reimplante dentário. *Archives of Health Investigation*, Araçatuba, v. 2, n. especial 2, p. 112, 2013.

MARCUCCI, GILBERTO et al. *Fundamentos de Odontologia – Estomatologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012

MATOS, B.C. et al. Uso da antibioticoterapia sistêmica no tratamento da doença periodontal: uma discussão crítica. *Braz J Periodontol*, São Paulo, v.22, n. 4, p. 15-23, dez. 2012.

MC BEE, W.L.; KOERNER, K.R. Review of Hemostatic agents used in dentistry. *Dentistry Today*, Fairfield, v. 24, n. 3, p. 62-65, Mar. 2006.

MEDEIROS JUNIOR, R. et al. Cervical-thoracic facial necrotizing fasciitis of odontogenic origin . *Braz J Otorhinolaryngol*, v. 77, n. 6, p. 805, nov/dez 2011.

MELO, G. M. Terapia farmacológica em disfunções temporomandibulares: uma breve revisão. *Revista Dentística Online*, v. 25, n. 4, abr. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas e manuais técnicos – caderno de atenção básica nº 17. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. SAÚDE BUCAL. Normas e manuais técnicos. Manual de especialidades em saúde bucal. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA. SAÚDE BUCAL. Manual de atendimento odontológico a pacientes com coagulopatias hereditárias. Brasília, 2008.

MORAES, T.C. et al. Reações adversas e interações medicamentosas relacionadas ao uso de antimicrobianos. *Braz J Periodontol*, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 19-24, mar. 2013.

NEWILLE, B. et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

NOLASCO, R.M. *Análise epidemiológica de pacientes portadores de infecção odontogênica atendidos no Programa de Saúde da Família do município de Guaçuí - ES*. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Odontologia, Universidade do Grande Rio, Duque de Caxias, 2012.

OBREGÓN-GUERRERO, G. et al. Absceso profundo de cuello. Factores asociados con la reoperación y mortalidad. *Cirurgía y Cirujanos*, México, v.81, n.4, p.299-306, jul./agosto 2013.

OLIVEIRA, G.M.R. et al. Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento. *Rev Hosp Univ Pedro*, v. 12, n. 1, p. 21-29, jan./mar. 2013.

PELISSER, V. et al. Medicações intracanal e sistêmica preconizadas nas faculdades de odontologia brasileiras para o tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. *Rev odonto cienc*, Caxias do Sul , v. 23, n. 3, p. 278-282, 2008.

PEREIRA, K.N.F. et al. Sinais e sintomas de pacientes com disfunção temporomandibular. *Rev CEFAC*, São Paulo, v.7, n.2, p.221-228, abr./jun.2005.

PERRIN, D. et al. *Urgência em Odontologia*. Porto Alegre: ARTMED, 2008.

PETERSON, L.J. Princípios do tratamento cirúrgico e farmacológico de infecções. In: GOLDBERG, M.H.; HAUPP, J.R.; TOPAZIAN, R.G. *Infecções orais e maxilofaciais*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2006. p. 99-111.

RICIERI, C.B. et al. Alveolite: ocorrência e tratamento em consultórios odontológicos de Araçatuba – SP. *Rev Fac Odontol Lins*, Piracicaba, v. 18, n. 1, p. 33-40, 2006.

RODD, H. D. et al. Pulp therapy for primary molars. *International Journal of Paediatric Dentistry*, Genebra, v. 16, n. s1, p. 15-23, Sept. 2006.

ROZATTO, Juliana Rodrigues. *Revisão de literatura: pastas à base de hidróxido de cálcio usadas como medicação intracanal*. 2010. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP, Campinas, 2010.

RUSH, D.E. et al. Clindamycin versus unasyn in the treatment of facial cellulitis of odontogenic origin in children, *Clin Pediatr*, Thousand Oaks, v. 48, n. 2, p.154-159, Mar. 2007.

SANTOS, P.P.A.; SANTOS, P.R.A.; SOUZA, L.B. Características gerais da disfunção temporomandibular: conceitos atuais. *Revista Naval de Odontologia On Line*, v. 3, n. 1, 2009.

SANTOS, E. C. A. et al. Avaliação clínica de sinais e sintomas da disfunção temporomandibular em crianças. *Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial*, Maringá, v. 11, n. 2, p. 29-34, mar./abril 2006.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE. Caderno de Saúde Bucal da SES. São Paulo, p. 11-22, dez. 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo Municipal de Saúde Bucal. Colombo, p. 13-21, 2008.

SILVEIRA, J.O.L.; BELTRAO, G.C. *Exodontia*. Porto Alegre: Médica Missau, 2001.

SHWETA, P.S.K. Dental abscess: a microbiological review. *Dent Res J*, Isfahan, v.10, n. 5, p. 585-591, 2013.

TAINIMEN, T. et al. Psychiatric (axis I) and personality (axis II) disorders in patients with burning mouth syndrome or atypical facial pain. *Scand J Pain*, Philadelphia, v. 2, n. 4, p. 155-160, Oct. 2011.

TEIXEIRA NETO, N. et al. Infecções graves de partes moles: relato de caso de fasciíte necrotizante de face utilizando curativo a vácuo e revisão da literatura. *Rev Bras Cir Plast*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 353-9, jun. 2011.

TORTAMANO, I.P. et al. Antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder? *Revista Odonto*, São Bernardo do Campo, n. 32, p. 90-97, jul./dez. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI. *Protocolo de tratamento local e sistêmico para as patologias endodônticas sintomáticas*. Diamantina: 2009. 12 p.

VASCONCELOS et al. Luxação da articulação temporomandibular: Revisão de literatura. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, Pernambuco, v. 4, n. 4, p. 218 - 222, out./dez. 2004.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. *Farmacologia Clínica para Dentistas*. 3ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

XAVIER, C.B.; SOLDATI, D.C.; BARBIN, E.L. Manejo das avulsões dentárias traumáticas em dentição permanente: elementos para diagnóstico, tratamento e preservação. Plataforma de Ensino Continuado de Odontologia e Saúde da UFPEL, jul. 2010.

ZAKRZEWSKA, J.M.; COAKHAM, H.B. Microvascular decompression for trigeminal neuralgia: update. *Curr Opin Neurol*, Philadelphia, v. 25, n. 3, p. 296-301, June 2012.

ZAMORANO, Francisca Burgos. *Medicacion intraconducto en endodoncia*. 2013. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós graduação em Endodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de Valparaíso, Valparaíso, 2013.



**Prefeitura de  
Porto Alegre**  
Secretaria Municipal de Saúde