

PROTOCOLO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem rico potencial de vida cujo portador necessita de assistência imediata.

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

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

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

2. O ATENDIMENTO

O serviço de urgência e emergência odontológica do município e Sete Lagoas será realizado no Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato localizado a Rua Margarida Cortona nº 665, Centro e na UPA locada a Av. Tônico Reis 1.700, bairro São Sebastião.

O acolhimento do usuário será realizado pela equipe de Enfermagem por ordem de chegada e a organização do atendimento se dará conforme o Protocolo de Manchester.

Logo após o paciente será encaminhado para o cirurgião dentista.

O exame clínico na consulta odontológica deverá focar os aspectos significativos sobre a patologia que motivou o atendimento não deixando de observar aspectos relevantes à saúde do paciente.

Na busca do diagnóstico além das características clínicas podem ser utilizados os testes de vitalidade pulpar, palpação, percussão. Exames complementares podem ser realizados sempre que necessários como: exames de imagem (limitadas as tomadas extraorais que estão disponíveis em nosso serviço e as tomografias), exames de sangue, verificação de sinais vitais, etc...

3. TESTES CLÍNICOS

Teste de palpação:

Segundo Alvares et al 2001, a palpação digital pode ser feita tanto intra quanto extra bucal, em busca de alterações da normalidade, localizadas na região de fundo de sulco vestibular e tecidos moles adjacentes ao elemento dentário suspeito, quando encontradas regiões edemaciadas ou tumefações significará envolvimento inflamatório à nível de região periapical, quando esse envolvimento possuir caráter agudo, normalmente a palpação virá acompanhada de relato de dor pelo paciente.

Muitas vezes a tumefação já é observada ao exame visual, porém a palpação digital se torna necessária para determinação da consistência, endurecida ou amolecida do edema, sendo importante para fins diagnósticos da fase em que se encontra a patologia.

A palpação extra bucal visa uma correta pesquisa dos linfonodos submandibulares, para observar se estão infartados ou não, para isso inclina-se a cabeça do paciente para o lado em que vai verificar, os dedos deverão palpar a região submandibular, com movimentos para frente e para trás e vice-versa, serão percebidos pequenos nódulos, que quando alterados provocarão certa dor ao toque. O mesmo exame deve ser realizado também nos linfonodos cervicais, realizado facilmente inclinando a cabeça do paciente para o lado que se vai examinar e palpando a região vizinha ao trajeto da veia jugular.

Teste de mobilidade dentária:

Os testes de mobilidade dentária podem ser realizados apreendendo-se o elemento dentário a ser examinado entre os dedos e movimentando-o, caso haja mobilidade significa que os tecidos de sustentação estão comprometidos.

Avaliamos a mobilidade vertical e horizontal.

Mobilidade é o resultado da perda de inserção óssea por doença periodontal ou trauma oclusal. É medida com o auxílio de 2 instrumentos rígidos: um posicionado na coroa pela superfície vestibular e outro pela lingual ou palatina, fazendo o movimento V-L e também no sentido do longo eixo do dente. O grau de mobilidade pode ser:

Grau I: movimento de até 1mm no sentido V-L (normal - prognóstico favorável)

Grau II: movimento de + de 1mm no sentido V-L(prognóstico duvidoso)

Grau III: além do dente se movimentar no sentido horizontal, ele intrui (prognóstico desfavorável).

Teste de percussão dentária:

Teste clínico que visa a localização da dor e sua intensidade. Para isso, utiliza-se de pequenas batidas realizadas com instrumento metálico como o cabo do espelho, no

elemento dentário suspeito, em busca de um estímulo doloroso relatado pelo paciente, quando a percussão é realizada no longo eixo do dente e é sintomática, provavelmente a sede da patologia encontra-se na região do periápice, enquanto a percussão realizada no sentido horizontal que apresenta relato de dor, pode levar a concluir envolvimento do ligamento periodontal, além de envolvimento a nível de terço médio e cervical. Em alguns casos o paciente relata dor a mastigação, portanto o exame de percussão deverá ser realizado da forma mais leve possível para evitar exacerbação exagerada do quadro doloroso. (ALVARES & ALVARES 2001).

Teste de variação térmica:

Segundo Figueiredo et al 2007 o sintoma mais relacionado as alterações pulpares é a dor frente a estímulos térmicos de frio e calor, portanto os testes térmicos são de grande importância para o diagnóstico da vitalidade e condição pulpar. Os testes devem se iniciar primeiramente por um dente conhecidamente hígido, preferencialmente o homólogo ao dente suspeito, para se calibrar a resposta do paciente, já que normalmente polpas saudáveis respondem de maneira suave e rápida ao estímulo térmico.

A ausência de resposta aos estímulos sugere necrose pulpar enquanto resposta positiva ao teste, mas que cessa rápido pode indicar pulpite reversível.

O teste realizado em elementos com quadros de pulpite irreversível sugerem dor que demora a cessar e de grande intensidade. A característica, intensidade e duração da dor provocada no exame será de grande valia para avaliação da intensidade da inflamação do tecido conjuntivo, podendo assim guiar corretamente a conduta clínica evitando sacrificar polpas passíveis de recuperação ainda que parcial, ou diagnósticos incorretos que não solucionem o quadro.

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

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

Teste da cavidade:

Esse teste é realizado em elementos já cavitados, para determinação da vitalidade pulpar, para tanto se utiliza a sonda nº5 que deverá estar em contato com a dentina, caso haja vitalidade provavelmente haverá dor. Em casos nos quais existam muito tecido cariado e amolecido esses deverão ser retirados antes do teste.

O uso de instrumentos rotatórios para realização do exame deverá ser feito com brocas em baixa rotação retirando-se dentina comprometida até que haja estímulo positivo, e cessado o corte, já que esse teste é realizado sem o uso de qualquer anestesia, ou até que se caia na cavidade pulpar, indicando um quadro de necrose. (ALVARES & ALVARES 2001)

Após elucidados os principais testes que constituem o exame para fins diagnósticos das algias de origem dentária, serão abordados os protocolos de atendimento contendo a abordagem clínica mais adequada, baseada no diagnóstico mais provável após coleta da anamnese, história dentária, testes de palpação, percussão, testes térmicos e teste da cavidade (ALVARES E ALVARES 2001).

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA

- Pacientes assintomáticos ou que não incluam nos critérios de atendimento do Protocolo de urgência e emergência em Odontologia.
- Pacientes com fraturas na região bucomaxilofacial.
- Restaurações dentárias definitivas.
- Exodontias eletivas, por motivo ortodôntico ou protético.
- Exodontia de dentes inclusos.

5. PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA:

- Abertura de câmara pulpar.
- Exodontia.
- Tratamento de pericoronarite.
- Tratamento de pericementite.
- Tratamento de alveolite.
- Contenção de fraturas dento alveolares.
- Controle de quadros hemorrágicos.
- Recimentação de trabalho protético.
- Incisão e drenagem de abscessos extra oral.
- Incisão e drenagem de abscessos intra oral.
- Redução simples de luxação de ATM.
- Remoção de corpo estranho na cavidade oral.
- Sutura de lesões traumáticas intra-orais.

6. DIAGNÓSTICO NAS CONDIÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ODONTOLÓGICA:

Pulpite Reversível ou Hiperemia Pulpar:

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

Segundo Alvares et al 2001 ,qualquer tipo de agressão aplicada sobre a dentina ou esmalte, normalmente causam algum tipo de reação no tecido conjuntivo pulpar, essa resposta se dá com aumento d atividade metabólica na região e consequente aumento do aporte sanguíneo

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

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

As causas mais comuns são lesões cariosas, restaurações recentes em cavidades profundas, realizadas com ataque ácido próximo a polpa, restaurações profundas sem material forrador, restaurações ou elementos com contato prematuro, retração gengival, fraturas do tecido dentinário entre outras agressões aplicadas sobre o elemento dentário. (ALVARES & ALVARES 2001).

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

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

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

A conduta clínica mais adequada consiste na remoção ou correção da causa (FIGUEIREDO et al 2007), para que o tecido conjuntivo tenha condições de voltar a um estado de normalidade. Todas as manobras clínicas devem visar a manutenção da

função pulpar, ou seja, removendo a causa, por exemplo a cárie, e usando de maneira direta ou indireta um “forramento biológico

- Anestesia
- Profilaxia dentária: remoção de tudo que puder estar aderido a coroa dentária, como placa bacteriana, resíduos alimentares, tártaro e restaurações antigas
- Remoção de tecido cariado
- Limpeza da cavidade: remoção de cárie, processos inflamatórios, restos alimentares e resíduos de qualquer natureza
- Proteção pulpar: poderá ser feita em duas situações diversas, através do capeamento pulpar indireto (não houve exposição pulpar) utilizando o hidróxido de cálcio ou capeamento pulpar direto (quando houver exposição pulpar) utilizando a pasta de hidróxido de cálcio
- Restauração provisória do dente: os dentes que receberam capeamento indireto e principalmente o direto não tem indicação para serem restaurados em caráter definitivo imediatamente após o procedimento emergencial, um período mínimo de 30 dias é um prazo considerado conveniente para que se faça a restauração definitiva do elemento, desde que este apresente ao exame posterior sinais evidentes de vitalidade e normalidade pulpar.

Pulpite irreversível da polpa:

A pulpite irreversível é a evolução do processo inflamatório da polpa, no qual a dor evolui até se tornar espontânea e contínua (De DEUS, QD, Endodontia, 5 d. Rio de Janeiro Medsi, 1992).

A dor nesses casos é intensa, constante, pulsátil, muitas vezes difusa, normalmente aliviada pelo frio e aumentada pelo calor.

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

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

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

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

O paciente poderá descrever dor exacerbada pelos testes de mobilidade dentária. Um sinal bastante importante coletado durante a anamnese é que o uso de analgésicos tomados por via oral pouco ou nenhum efeito tem sobre os quadros de pulpite irreversível.

Conduta Clínica Padrão

- Abertura

- Pulpotomia
- Colocação de medicação de formocresol ou fenol e fazer a restauração provisória.
- na presença de exsudato após a abertura e acesso dos condutos deixar o dente aberto para drenagem via canal ou fazer incisão para drenagem, aumentar o diâmetro do forame e prescrição de antibiótico e analgésico
- ajuste de oclusão para evitar contatos prematuros que dificultem ainda mais a resolução da inflamação e orientar o paciente para realizar a endodontia ou exodontia do elemento em questão.
- Como segunda opção dependendo das condições de recuperação protética do elemento dental e do desejo do paciente pode ser realizada a exodontia do elemento em questão.

Necrose Pulpar:

Segundo Alvares et al 2001 a necrose pulpar é o estágio final do processo inflamatório pulpar, e pode ocorrer sob duas formas distintas, a crônica ou a aguda. A forma crônica normalmente não vem acompanhada de sintomatologia álgica e se não for retirado o agente causal a inflamação estende-se até o periodonto formando o granuloma dentário.

A dor, quando presente, está associada a forma aguda da necrose pulpar, e será uma dor semelhante a da pulpite irreversível, ou seja, intensa, contínua, difusa e não controlada pelo uso de analgésicos, porém a grande diferença se dá na ausência de resposta aos testes clínicos térmicos.

Conduta Clínica Padrão

- anestesia
- limpeza e acesso coronário
- debridamento, irrigação com hipoclorito de sódio, completa remoção do tecido conjuntivo pulpar com o uso de limas ou extirpa nervos
- medicação da preferência do dentista e selamento do elemento dentário com restauração provisória e realizar o ajuste oclusal.
- Como segunda opção dependendo das condições de recuperação protética do elemento dental e do desejo do paciente pode ser realizada a exodontia do elemento em questão.

Abscesso dento alveolar:

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

Esse processo evolui invadindo os tecidos de menor resistência até encontrar um ponto de drenagem, quando não encontra pontos de drenagem a coleção purulenta se concentra de maneira a formar pontos de tumefação e rubor, o que geralmente é bastante doloroso para o paciente. Esses pontos de tumefação podem estar contidos no vestíbulo próximo ao periápice do elemento envolvido, ou até mesmo ser

observadas assimetrias faciais decorrentes do inchaço causado pelo abscesso dentoalveolar.

Conduta Clínica Padrão sem edema:

- Abertura do elemento dentário
- Realizar ajuste oclusal
- Prescrição de analgésicos e antibióticos.
- Orientar bochecho quente.
- Orientar realizar endodontia ou exodontia após fase aguda.

Conduta Clínica Padrão com edema intraoral:

- Drenagem por via canal deixando o elemento aberto para completa drenagem do conteúdo purulento.
- Realizar incisão fundo saco vestibulo caso houver ponto de flutuação.
- Prescrição analgésicos e antibióticos.
- Orientar bochecho quente.
- Orientar realizar endodontia ou exodontia após fase aguda.

Conduta Clínica Padrão com edema extraoral:

- Drenagem por via canal deixando o elemento aberto para completa drenagem do conteúdo purulento.
- Realizar incisão fundo saco vestibulo caso houver ponto de flutuação.
- Realizar incisão extraoral caso houver ponto de flutuação.
- Prescrição analgésicos e antibióticos.
- Orientar bochecho e compressa quente.
- Orientar realizar endodontia ou exodontia após fase aguda.

Conduta Clínica Padrão com edema extraoral extenso:

- Internar paciente.
- Administrar medicação antibiótica intra venosa.
- Orientar fazer bochecho e compressa quente 2/2 horas.
- Acionar bucomaxilofacial.

Abscesso periodontal:

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

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

Sinais Clínicos:

- Edema, tecido de aspecto liso, brilhante e flácido que se estende desde a gengiva inserida até a junção muco gengival.
- Desconforto e dor a palpação e a percussão.
- Sensação de dente crescido, sangramento a sondagem.
- presença de bolsa periodontal.

- Presença de exsudato purulento, drenando de maneira provocada ou não.
- Mobilidade dentária.
- Extrusão
- Halitose.

Conduta Clínica Padrão

- Estabelecer uma via de drenagem do exsudato purulento com o uso de uma sonda periodontal milimetrada, juntamente com compressão do tecido mole.
- Curetagem.
- Debridamento da região interna da bolsa.
- Raspagem e alisamento radicular.
- Irrigação com solução salina estéril (CARRANZA, 1997).
- Bochechos caseiros realizados com água morna e sal poderão ser prescritos para facilitar a drenagem.
- Antibioticoterapia.
- Orientar bochecho quente.
- Orientar realizar tratamento periodontal ou exodontia após fase aguda.

Pericoronarite:

A pericoronarite ou abscesso pericoronário é uma infecção purulenta envolvendo o tecido gengival ou mucoso adjacente a um dente parcialmente irrompido. Sua maior incidência é em terceiros molares inferiores, acometendo mais comumente jovens na faixa etária de 20 a 25 anos (HOWE 1992), também pode acometer pessoas de idade avançada mas normalmente o quadro possui menor gravidade.

Sinais Clínicos

- Gengiva edemaciada, vermelha e dolorida, drenando exsudato purulento.
- Poderá ter ulceração na região do capuz se houver trauma gerado pela cúspide do antagonista
- Paciente normalmente relata trismo, dor e gosto ruim.
- Dependendo da severidade do quadro, febre, dor pulsátil, dor no assoalho bucal e ouvido também podem ser relatadas.

Conduta Clínica Padrão :

- Pacientes que apresentem qualquer tipo de comprometimento sistêmico deverão receber profilaxia antibiótica antes de qualquer intervenção para evitar quadros de septicemia.
- Retirar cuidadosamente restos de matéria alba, cálculos e permitir o extravasamento do exsudato, com uso de instrumentos manuais ou ultra sônicos, em seguida deve-se irrigar com solução salina estéril.
- Fazer bochechos vigorosos com água morna sal para facilitar a drenagem.
- Orientar o paciente a insistir na higienização mesmo que dolorosa e a fazer bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% de 8/8 horas para controle químico de placa bacteriana.
- A prescrição medicamentosa irá depender da severidade do caso e presença ou não de exsudado.
- Orientar o paciente a realizar remoção do elemento em questão após fase aguda.

Pericementite:

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

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

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

Sinais clínicos da pericementite aguda advinda da inflamação pulpar

- Assemelham muito a sintomatologia das pulpites e necroses pulpare
- Variação de temperatura não costuma ser dolorosa, diferentemente das pulpites agudas.
- Dor é sempre exacerbada pela mastigação ou contato, normalmente localizada e evidenciada em um elemento dentário.
- Palpação de fundo de sulco vestibular quase sempre revelará resposta dolorosa, assim como a percussão dentária.
- Teste de variação térmica muitas vezes poderá não ser conclusivo, ajudando apenas a afastar a hipótese de necrose, caso haja resposta positiva.

Conduta Clínica Padrão :

- Anestesia.
- Abertura e acesso do canal radicular caso seja de origem endodontia.
- Ajuste oclusal caso seja de origem traumática.
- A irrigação deverá ser feita com 2 ml de soro fisiológico entre cada lima, seguida de aspiração, colocação de clorexidina em gel a 2%, uso do próximo instrumento e nova lavagem com soro fisiológico. (FERRAZ et al 2001).
- A medicação intracanal de eleição será o formocresol que de acordo com DORN et al.1977
- preferência é que o elemento fique em infra oclusão.
- Necessário analgésicos e anti-inflamatórios.

Alveolite:

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

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

Algumas causas prováveis para a alveolite são: a proliferação bacteriana, exposição ao fumo, irrigação inadequada do alvéolo, excesso de anestésico local no alvéolo e higiene pós-operatória precária.

Sinais Clínicos

- Coágulo alveolar terá aspecto liquefeito, fétido
- Presença de dor intensa que normalmente não cede a analgésicos comuns.

Conduta Clínica Padrão :

- Anestesia, se possível com bloqueio regional.
- Aspiração cuidadosa do conteúdo liquefeito do alvéolo.
- Irrigação com solução salina e digluconato de clorexidina 0,12 %.
- Colocação de pasta medicamentosa no alvéolo.
- Prescrição medicamentosa analgésica.

Traumatismos dentários:

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

Um dos tipos mais comuns de lesão traumática em dentes permanentes é a fratura coronária, sendo os dentes anteriores superiores, em especial os incisivos centrais, os mais frequentemente acometidos (ANDREASEN et al. 1995; ALTUN; GÜVEN 2008).

Fraturas dentárias parecem mais comuns na dentição permanente enquanto luxações e especialmente intrusões predominam na dentição decídua.

A dor, a perda de função e da estética, a necrose pulpar, a obliteração dos canais radiculares, a reabsorção radicular e a perda óssea são algumas sequelas decorrentes das injúrias dentárias.

Sinais Clínicos

- Anamnese e avaliação geral
- Tranquilizar paciente e familiares.
- Fragmentos dentários presentes devem ser armazenados adequadamente prevenindo a desidratação.
- Em casos de avulsão, o melhor meio de armazenamento do dente é o leite, aceito pela Associação Americana de Endodontistas (1995).
- Água da torneira, saliva e soro fisiológico são todos ineficazes em manter a viabilidade das células do ligamento periodontal. Esses meios não são recomendados pelas suas propriedades hipotônicas (água de torneira e saliva) e alta incidência de contaminação bacteriana que levam à rápida morte das células do ligamento periodontal (BASTOS, 2008).

Classificação dos traumas dentoalveolares:

A. Fissuras coronárias:

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

B. Fratura coronária:

- Limitada ao esmalte
- Envolvendo esmalte dentina sem exposição pulpar
- Envolvendo esmalte e dentina com exposição pulpar

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

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

D. Fratura Radicular: envolve cimento, dentina e polpa

- Envolvendo terço apical;
- Envolvendo terço médio;
- Envolvendo terço cervical.

E. Sensibilidade (concussão):

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

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

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

G. Luxação dentária:

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

H. Avulsão:

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

I. Fratura do processo alveolar

- Segmento ósseo dos dentes envolvidos está com mobilidade

Conduta clínica Padrão :

- Anestesia.
- Limpeza da região com soro fisiológico.
- Reposicionamento dentário e imobilização com fio de aço e resina para dentes permanentes.
- Reposicionamento ou exodontia para dentes decíduos, exceto para intrusão, que deve ser feito apenas o controle clínico.
- Em caso de avulsão de decíduos realizar a sutura quando necessário.
- Em caso de avulsão de permanentes avaliar o reimplante e imobilização com fio de aço e resina.
- Em caso de fraturas alveolodentárias extensas acionar bucomaxilofacial.

- Orientar o paciente para dar continuidade ao tratamento realizado em um serviço de saúde ambulatorial.
- Medicação.
- Orientações quando a dieta.

Hemorragias:

É o extravasamento abundante e anormal de sangue que ocorre durante ou após a intervenção cirúrgica, o qual não se coagula e a hemostasia natural não ocorre.

Causas locais são geralmente de pouca gravidade e se devem à congestão ou infecção dos tecidos ou as lesões dilacerantes dos mesmos que causam injúrias aos vasos.

Causas gerais são de maior gravidade pois geralmente após as intervenções cirúrgicas.

Hemorragias primárias são as que ocorrem durante ou logo após a intervenção cirúrgica, sendo mais fáceis de coibir.

Hemorragias secundárias são as hemorragias que ocorrem horas ou dias após a cirurgia e são as mais graves, resistem mais às medicações hemostáticas e nem sempre é fácil tratá-las pelos métodos locais conhecidos. São geralmente por deficiência dos fatores que promovem a coagulação, por certas enfermidades gerais predisponentes (lesões hepáticas) ou por determinantes locais (ex.: ruptura ou absorção de pontos empregados na cirurgia).

Conduta Clínica Padrão:

A. Compressão: Comprime-se fortemente o foco hemorrágico, com compressa de gazes esterilizadas, apertando-as com os dedos.

B. Hemostáticos locais absorvíveis: Estes são colocados diretamente na ferida cirúrgica com a finalidade hemostática. Esponja de fibrina: provém do plasma sanguíneo humano, não é removida após sua colocação no foco hemorrágico.

C. Hemostasia por processos cirúrgicos:

Temos três de hemostasias:

Pinçagem: é realizada com pinças hemostáticas apertando as extremidades dos vasos que sangram.

Ligadura: esta é feita após a pinçagem, passando um fio de sutura ao redor da pinça, faz primeiro o nó e desliza o pela pinça até a extremidade do vaso; o nó é então é apertado e terminado e a pinça é retirada.

Sutura: é um dos melhores e mais simples meio de se realizar a hemostasia. Este promove a hemostasia, protege a ferida cirúrgica e proporciona uma mais rápida cicatrização.

D. Medicação hemostática geral: É um complemento valioso dos métodos locais, em muitos casos, torna-se indispensável. É constituída por medicamentos que atuam na coagulação, ativando ou corrigindo fatores que o promovem, ou por agentes que atuam sobre os vasos, corrigindo possíveis alterações.

Dicione: é a base de estansilato.

Transamim: ácido tranexânico.

Styptanon: eficaz no combate à fragilidade capilar. Pode ser usado tanto no pré, como no pós-operatório. Pode ser prescrito na via venosa, quando o paciente estiver com o estômago vazio, ou intramuscular quando o paciente estiver com o estômago cheio.

Ferimento corto contuso:

A cavidade oral está sujeita aos mais vários tipos de trauma. Sendo necessária muitas vezes a atuação de um profissional de um serviço de urgência para dar o primeiro atendimento a esse paciente.

Como agente etiológico do traumatismo podemos ter inúmeros instrumentos, causados por acidentes domésticos, agressões físicas, acidentes esportivos e de trabalho, acidente trânsito e agressões por arma de fogo ou arma branca.

Sinais clínicos:

- Anamnese para identificar o mecanismo causal do ferimento.
- Presença de dor, edema, hematoma.
- Sangramento ativo pode estar presente.

Conduta clínica Padrão:

- Inspeção da ferida.
- Remoção de corpos estranhos.
- Limpeza com gaze e soro fisiológico da ferida.
- Desinfecção.
- Sutura.
- Medicação.
- Ferimentos amplos e profundos acionar bucomaxilofacial.

Luxação da articulação têmporo mandibular:

A articulação temporomandibular (ATM) é a articulação que liga a mandíbula, através do côndilo, à fossa mandibular do osso temporal do crânio, e denomina-se de diartrose bicondílea, uma vez que é constituída por duas articulações (a direita e a esquerda). Esta executa movimentos de rotação e translação, e é por isso classificada como gínglimoartroidal (OKESON, 2003).

A luxação da ATM é uma disfunção temporomandibular (DTM), desse modo apresenta etiologia multifatorial e o seu tratamento pode ser efetuado através de métodos conservadores ou cirúrgicos (PEREIRA, 2007)

A luxação da ATM é a segunda luxação mais frequente do corpo humano (COLOMBINI & SANSEVERINO, 2002). Consiste numa incompatibilidade estrutural das superfícies articulares, levando à perda parcial ou total de contato das superfícies articulares devido a uma hiperextensão do movimento condilar. O côndilo ultrapassa a eminência articular, deslocando-se para fora da fossa mandibular, e não é capaz de retornar sem a intervenção de forças externas. Este travamento é mantido pelo espasmo dos músculos da mastigação, tornando, portanto, a luxação inevitável (VASCONCELOS et al., 2004; GUPTA et al., 2012).

Sinais Clínicos

- Dor ATM.
- Desvio da mandíbula para um lado.
- Sialorreia.
- Maloclusão.

- Paciente não consegue fechar a boca.

Conduta clínica Padrão:

- Medicação analgésica e ou ansiolítica pré manipulação.
- Redução da luxação.
- Orientar paciente a não abrir muito a boca nas próximas horas.
- Dieta pastosa.
- Prescrição analgésica e anti-inflamatória.
- Orientar paciente procurar profissional para avaliação da ATM.
- Após tentativa e não obtiver sucesso na manobra acionar bucomaxilofacial.

Recimentação protética:

Cimentação provisória de peça protética em dentes anteriores é considerado um procedimento de urgência odontológica.

Corpo estranho na cavidade bucal:

Além das iatrogenias, dos projéteis por arma de fogo, punhais, facas, etc, (tão freqüentes nos dias atuais), acidentalmente, todo e qualquer material perfurante ou contundente pode vir alojar-se nos tecidos moles ou duros da face, tais como vidros, pedras, gravetos, fragmentos dentários, pontas de lápis, moedas e peças de brinquedos. O risco da presença de corpos estranhos em pacientes infantis é maior devido à criança ter o hábito de levar tudo à boca, especialmente nos primeiros anos de vida. Em Odontopediatria, entretanto, a presença de corpos estranhos na cavidade bucal, desde que sem grande significância à integridade física da criança, pode assumir uma conotação jocosa dada a condição inusitada do caso. Esses corpos estranhos podem, principalmente aos menos experientes, levar a diagnósticos incorretos e/ou gerar situações alarmantes.

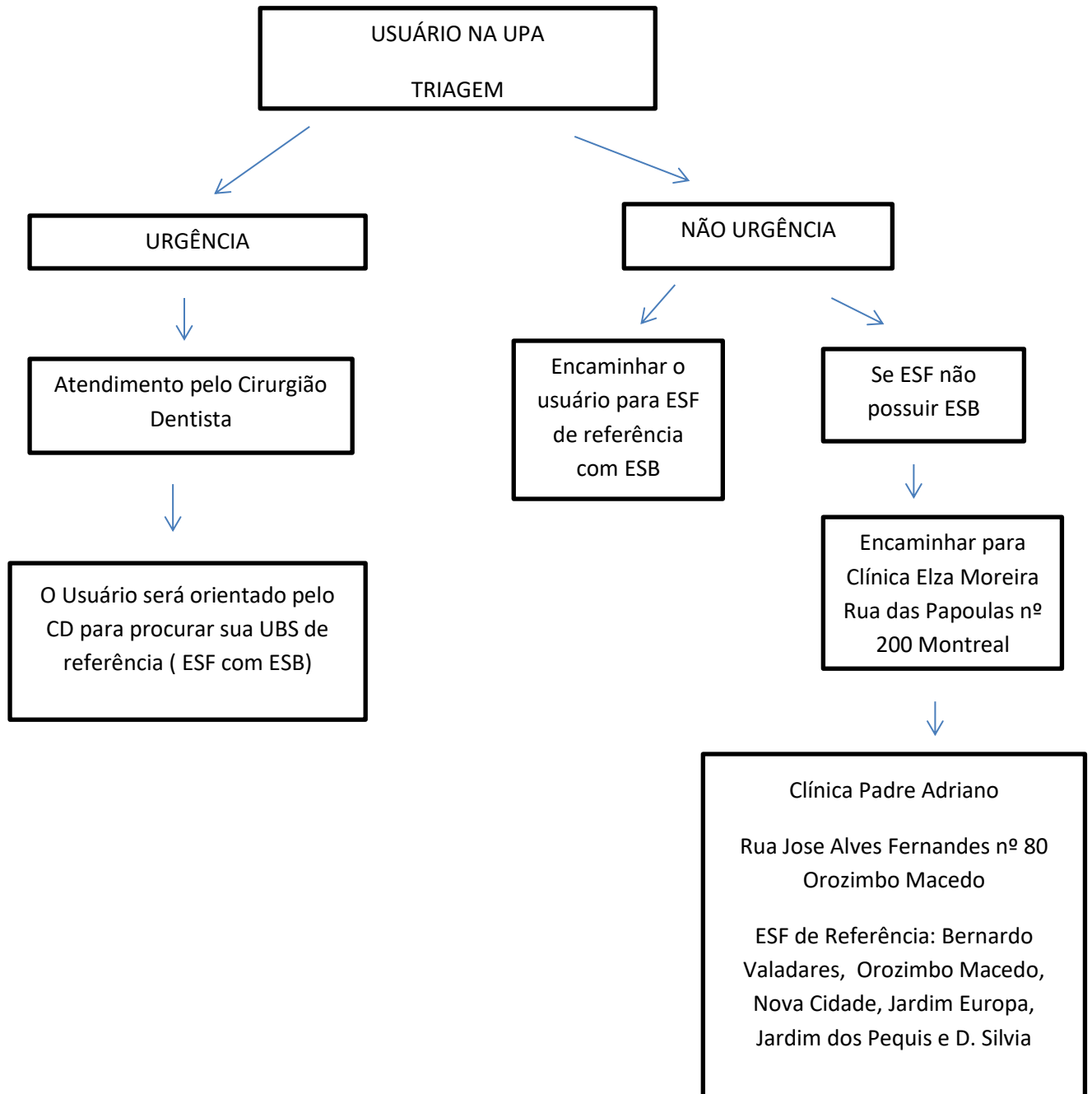
Sinais clínicos:

- Os mais variados possíveis.
- Sempre com queixa de algum desconforto.
- Sinais de processo inflamatório normalmente presentes.

Conduta clínica Padrão:

- Anamnese precisa para nortear o tratamento.
- Localizar e identificar objeto.
- Remover objeto estranho.
- Sutura se necessário.
- Medicação necessária.

FLUXOGRAMA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



7. BIBLIOGRAFIA:

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

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

Colombini, N. & Sanseverino, C. (2002). Cirurgia da face interpretação funcional e estética: dor craniofacial e ATM. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Revinter, pp. 460 – 461.

De Deus, QD , Endodontia. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi , 1992).

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

Gupta, D., Rana, A. & Verma, V. (2012). Treatment of recurrent TMJ dislocation in geriatric patient by autologous blood - A technique revisited. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research, 10(16), pp. 01-03.

Okeson, J. (2003). Tratamiento de Oclusión y afecciones temporomandibulares. 5ª Edição. Brasil, Editora Artes Medicas Lda.

Pereira, A. (2007). Luxação recidivante do côndilo mandibular: revisão de literatura. Revista de Odontologia Clínica Científica; 6(2), p.117-122.

Vasconcelos, B., Campello, R., Oliveira, D., Nogueira, R. & Júnior, O. (2004). Luxação da articulação temporomandibular: Revisão de literatura. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, 4 (4), pp. 218-222.

Responsáveis pelo Protocolo de Urgência e Emergência

Mercionara Machado Toledo
Cirurgiã dentista – CROMG 16509
RT Saúde Bucal/ Secretaria Municipal de Saúde/Sete Lagoas/MG

Paulo Henrique Alvares Torres
Cirurgião dentista – CROMG 19060
Traumatologista Buco Maxilo Facial
Secretaria Municipal de Saúde/Sete Lagoas/MG