



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS - QUANDO E COMO ATUAR

Trabalho submetido por
Catarina Ramos Moura
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2020



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

URGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS - QUANDO E COMO ATUAR

Trabalho submetido por
Catarina Ramos Moura
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor Pedro Abecasis

setembro de 2020

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Doutor Pedro Abecasis, por me ter incentivado e encorajado a alcançar sempre mais, por toda a disponibilidade demonstrada e pela confiança depositada em mim.

Um agradecimento especial aos meus pais, que sempre me apoiaram e fizeram com que toda esta experiência incrível fosse possível. Obrigada por serem incansáveis, por acreditarem em mim e por toda a paciência e compreensão.

Aos meus avós, pela constante dedicação e carinho. Obrigada por nunca duvidarem das minhas capacidades.

À minha grande amiga Catarina Carvalho, obrigada por nunca me teres deixado de apoiar e pelo suporte que me deste ao longo de todos estes anos.

À minha amiga e parceira de box, Carolina Costa, que jamais me deixou ficar mal e me acompanhou de muito perto no decorrer deste percurso fantástico. Que continuemos a aprender e a crescer uma com a outra. Um grande obrigado.

Aos meus amigos da faculdade, por me terem proporcionado estes 5 anos excepcionais. Que a nossa amizade se prolongue por muitos e muitos anos.

Obrigada a todas as outras pessoas que contribuíram para o meu percurso académico, a todos os meus familiares, professores, funcionários e a esta incrível faculdade à qual tive o prazer de chamar casa nestes últimos 5 anos.

RESUMO

As urgências em medicina dentária ocorrem com alguma frequência nos consultórios dentários, ainda que muito raramente coloquem a vida do doente em risco. No entanto, não significa que não sejam graves, dolorosas e que não causem grande desconforto.

Numa abordagem inicial, o doente apresenta dor e envolve condições pulpares, periapicais, periodontais ou traumáticas, exigindo, deste modo, intervenções clínicas e/ou cirúrgicas. O atendimento de urgência tem como principal objetivo diminuir a dor, eliminando a sua etiologia, restaurar a função e encaminhar o paciente para a realização do tratamento dentário definitivo mais apropriado.

Usualmente, as urgências ocorrem mais frequentemente em indivíduos que não visitam regularmente o dentista, apesar de surgirem também após ou durante o tratamento dentário. Levam ainda ao afastamento laboral, escolar e à diminuição da qualidade de vida.

Devido à ampla variedade de complicações observadas, é imprescindível que os médicos dentistas saibam exatamente como e quando atuar, dominando com competência os métodos terapêuticos mais recentes e que possuam o conhecimento adequado para a resolução da dor que trouxe o doente ao serviço de urgências, evitando dificuldades na execução clínica.

Palavras-chave: urgências, medicina dentária, dor, tratamento.

ABSTRACT

Although dental emergencies very rarely put a patient's life at risk, they occur somewhat frequently in dental clinics. This does not mean that are not serious, painful and capable of causing great discomfort.

On a first approach, the patient is in pain and may present a pulp, periodontal or traumatic condition, which demands clinical and/or surgical intervention. The emergency care's main goal is to reduce the patient's pain, eliminating the etiology, restoring function and leading the patient towards an appropriate definitive treatment.

Usually, emergencies happen most frequently to people who don't routinely schedule check-ups at the dental clinics, even though they may also happen during or after dental treatment. They lead not only to the need for work leave or school leave, but also to a decrease of the patient's quality of life.

Due to the wide variety of possible complications, it is essential that dentists know exactly how and when to act, mastering with competence the most current medical procedures and having the adequate knowledge which allows them to relieve the patient of the pain that brought him to the emergency services, avoiding unnecessary hardships during the clinical execution.

Keywords: emergencies, dental medicine, pain, treatment.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	15
II. DESENVOLVIMENTO	17
1. Dor	17
1.1. Escalas unidimensionais	17
1.1.1. Escala Verbal Descritiva	18
1.1.2. Escala Visual Analógica (EVA)	18
1.1.3. Escala Visual Numérica (EVN)	18
1.1.4. Escala das Faces	18
2. História Clínica	19
2.1. Relação médico-paciente	19
2.2. Importância da história clínica	19
3. Urgências	20
3.1. Urgências Endodônticas	20
3.1.1. Urgências Primárias	21
3.1.1.1. Pulpite irreversível sintomática	21
3.1.1.2. Periodontite apical sintomática	23
3.1.1.3. Abscesso apical agudo	24
3.1.2. Urgências durante o tratamento	28
3.1.2.1. Acidente com hipoclorito	28
3.1.2.2. Perfuração	29
3.1.3. Flare-up	30
3.2. Traumatismos Dentários	31
3.2.1. Lesões dos tecidos duros e da polpa	31
3.2.1.1. Fissura de esmalte	31

3.2.1.2. Fratura não complicada da coroa.....	32
3.2.1.3. Fratura complicada da coroa	33
3.2.1.4. Fratura corono-radicular não complicada	34
3.2.1.5. Fratura corono-radicular complicada.....	35
3.2.1.6. Fratura da raiz	36
3.2.2. Lesões dos tecidos periodontais	37
3.2.2.1. Concussão.....	37
3.2.2.2. Subluxação	37
3.2.2.3. Luxação extrusiva	38
3.2.2.4. Luxação lateral.....	39
3.2.2.5. Luxação intrusiva.....	40
3.2.2.6. Avulsão	41
3.3. Urgências em Periodontologia.....	43
3.3.1. Abscesso Periodontal.....	44
3.3.2. Pericoronarite.....	46
3.4. Urgências Pós-Cirúrgicas	48
3.4.1. Hemorragia.....	49
3.4.2. Dor e edema.....	50
3.4.3. Cuidados pós-operatórios	51
III. CONCLUSÃO	53
IV. BIBLIOGRAFIA.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** - Aspeto clínico de pulpíte irreversível sintomática. Exposição pulpar ao remover a cárie dentária (Adaptada de Lopes & Siqueira Jr., 2015)..... 21
- Figura 2** - Aspeto radiográfico de pulpíte irreversível sintomática. A - Radiografia inicial. Verifica-se recidiva de cárie sob a restauração mesio-oclusal em amálgama e sob a oclusodistal em resina composta; B - Duas semanas após a realização da nova restauração mesio-oclusodistal em resina composta. Queixas de dor espontânea ao quente. Aumento ligeiro do espaço periodontal; C - Tratamento endodôntico, prova de cones; D - Tratamento concluído (Cortesia de Professor Doutor António Ginjeira)..... 22
- Figura 3** - Aspeto radiográfico de periodontite apical sintomática. Observa-se o espessamento do espaço do ligamento periodontal (Adaptada de Lopes & Siqueira Jr., 2015)..... 24
- Figura 4** - Edema associado ao abscesso apical agudo. A - Vista intraoral, zona do palato, abscesso relativo ao incisivo lateral. B - Vista extraoral. (Adaptada de Lopes & Siqueira Jr., 2015)..... 25
- Figura 5** - Abscesso apical agudo em fase submucosa. A - Edema localizado. B - Libertação de exsudado purulento. C - Dreno com dique de borracha cortado em forma de T. D - Colocação do dreno (Adaptada de Leonardi et al., 2011)..... 25
- Figura 6** - Drenagem cirúrgica de um abscesso apical agudo. A - Edema intraoral com ponto de flutuação. B - Seleção do local de drenagem. C - Drenagem. D - Após drenagem (Adaptada de Keine et al., 2015)..... 26
- Figura 7** - Acidente com hipoclorito de sódio. A - Edema provocado pela extrusão de NaOCl. B - 7 dias depois do extravasamento (Adaptada de Chaugule et al., 2015)..... 28
- Figura 8** - Perfuração na face vestibulo-distal do dente 21. A - Radiografia periapical inicial. B - Radiografia com uma lima na perfuração. C - Vista sagital de uma tomografia computadorizada de feixe cónico. D - Vista axial de uma CBCT (Adaptada de Resende et al., 2019)..... 30

Figura 9 - Colagem de fragmento em fratura não complicada da coroa (Adaptada por Olsburgh et al., 2002).	32
Figura 10 - Reconstrução coronária de uma fratura não complicada da coroa. A - Após a colocação do dique e da preparação da cavidade. B - Reconstrução coronária com incrementos de compósito. C - Resultado final (Adaptada por Olsburgh et al., 2002)..	33
Figura 11 - Fratura complicada da coroa (Adaptada por Sanabe et al., 2009).	33
Figura 12 - Imagem radiográfica de uma fratura corono-radicular não complicada (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	34
Figura 13 - Fratura corono-radicular complicada. A e B - Imagem clínica e radiográfica. C e D - Remoção do fragmento coronário, gengivectomia e osteotomia. E e F - Colocação de um núcleo metálico fundido. G e H - Imagem clínica e radiográfica de 2 meses após a colocação da coroa (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	35
Figura 14 - Fratura radicular. A e B - Imagem clínica e radiográfica. C e D - Reposição do fragmento coronário. E e F - Observação clínica e confirmação radiográfica do reposicionamento. G e H - Aplicação e remoção de excessos de material (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	36
Figura 15 - Aspecto clínico e radiográfico de concussão no incisivo central direito e subluxação no incisivo central esquerdo. Realização do teste de percussão (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	38
Figura 16 - Luxação extrusiva. A e B - Aspecto clínico da luxação extrusiva no incisivo central esquerdo. C - Realização de testes de sensibilidade. D - Visualização do aumento do espaço do LP. E - Reposicionamento do dente. F - Preparação dentária para a colocação do splint. G - Sutura da laceração gengival. H - Radiografia após o reposicionamento (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	39
Figura 17 - Luxação lateral. A e B - Aspecto clínico. C e D - Exame radiográfico. E e F - Reposicionamento do dente. G e H - Aspecto clínico e radiográfico após quatro semanas (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	40

Figura 18 - Dente completamente intruído. A e B - Aspeto clínico e radiográfico. C e D - Inspeção nasal (Adaptada de Andreasen et al., 2018).....	40
Figura 19 - Luxação intrusiva. A e B - Aspeto clínico e radiográfico. C e D - Reposicionamento ortodôntico. E e F- Extrusão completa do dente para a posição original. G e H - Elementos dentários restaurados com resina composta (Adaptada de Andreasen et al., 2018).....	41
Figura 20 - Avulsão dentária. A e B - Aspeto clínico e radiográfico. C e D - Irrigação do dente e do alvéolo com solução salina. E e F - Reimplante do elemento dentário. G e H - Estabilização com splint (Adaptada de Andreasen et al., 2018).	42
Figura 21 - Diferentes manifestações do abscesso periodontal. A - Proeminência ovoide da gengiva, visíveis os limites apicais do abscesso. B - Edema difuso na gengiva do segundo molar (Adaptada de Lang & Lindhe, 2015).....	44
Figura 22 - Sinais do abscesso periodontal. A - Supuração espontânea na zona da margem gengival do primeiro molar inferior. B - Extrusão dentária (Adaptada de Lang & Lindhe, 2015).....	45
Figura 23 - Pericoronarite. Observação clínica da bolsa formada entre a gengiva e a coroa dentária do terceiro molar inferior parcialmente erupcionado (Adaptada de Odell, 2017).	46
Figura 24 - Tratamento da pericoronarite. A e B - Retalho pericoronário a cobrir o terceiro molar inferior parcialmente erupcionado. C e D - Elevação do retalho para eliminar os detritos. E - Incisão em forma de cunha para seccionar os tecidos (Adaptada de Odell, 2017).	47
Figura 25 - Compressão local. A - Antes da colocação da gaze esterilizada. B - Após o posicionamento correto da gaze sobre o alvéolo (Adaptada de Hupp et al., 2018).....	50
Figura 26 - Colocação do hemostático local diretamente no alvéolo dentário (Adaptada de Hupp et al., 2018).	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais, sintomas e tratamento do abscesso apical agudo (Adaptada de E. D. de Andrade, 2014; Keine et al., 2015; Leonardi et al., 2011; Lopes & Siqueira Jr., 2015; Rodrigues et al., 2015).....	26
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

AAA: Abscesso Apical Agudo

AINE: Anti-inflamatório não esteroide

CBCT: Tomografia Computorizada de Feixe Cônico

EVA: Escala Visual Analógica

EVN: Escala Visual Numérica

LP: Ligamento Periodontal

MTA: Agregado Trióxido Mineral

I. INTRODUÇÃO

Apesar de semelhantes, os termos urgência e emergência têm significados distintos quando utilizados em sentidos específicos, assim sendo, é pertinente diferenciá-los. Urgência trata-se de uma situação clínica que requer intervenção o mais rapidamente possível, de modo a evitar complicações. Emergência consiste numa condição que coloque em causa a vida do doente, sendo necessário tratamento médico imediato (Hanna et al., 2014).

É de extrema importância identificar as principais causas que direcionam o paciente às urgências, analisando qual o melhor método a executar, e garantindo que o profissional de saúde esteja pronto a atuar (Cassal & Bavaresco, 2011).

O médico dentista deve estar preparado para qualquer situação que possa surgir. É fundamental que saiba exatamente como agir, optando pela melhor opção terapêutica possível, diminuindo a sintomatologia apresentada pelo doente, e encaminhá-lo para a realização de um tratamento dentário definitivo mais apropriado. Um rápido diagnóstico e um plano de tratamento adequado são cruciais para prevenir um agravamento da doença (Munerato et al., 2005).

As patologias orais podem provocar um afastamento laboral e escolar, afetando as tarefas e atividades diárias dos doentes. Para além disso, podem, igualmente, causar dor, desconforto e ter um impacto negativo na qualidade de vida. As urgências odontológicas também ocorrem durante e após o tratamento, apesar de surgirem mais frequentemente em pacientes que não recorrem ao médico dentista regularmente (Pinto et al., 2012).

Na grande maioria das vezes, tanto no consultório dentário como em instituições de ensino, a dor continua a ser o problema mais recorrente no serviço de urgências dentárias (Kanegane et al., 2003).

Num estudo realizado na Clínica Universitária Egas Moniz, 30,7% dos doentes recorreram à consulta de triagem/urgência devido à presença de dor. O tipo de dor que motivou mais doentes a comparecerem à consulta foi a dor dentária (56,3%), seguindo-se a dor pulpar (21,1%) e a dor periodontal (10,7%). Apenas 3,6% dos doentes mencionaram queixas de hipersensibilidade dentária, e 8% de dor na articulação

temporomandibular (ATM). Por último, com uma percentagem de 0,4%, a dor menos referida foi a dor muscular (Cotrim, 2014).

Com o objetivo de determinar o perfil do doente, observar os sintomas, realizar exames intra e extra orais e, caso necessário, exames complementares, é de extrema importância o primeiro contacto entre o paciente e o médico dentista (F. J. de Souza et al., 2009).

O modo como o profissional de saúde procede no decorrer do tratamento, será determinado, especialmente, pela história clínica. A sobrevalorização dos exames complementares de diagnóstico e a desvalorização da anamnese levam, frequentemente, à obtenção de diagnósticos incorretos. Assim sendo, é fundamental que seja desenvolvida uma boa relação entre médico-paciente, podendo, deste modo, obter informações relevantes para elaborar uma história clínica o mais completa possível. A utilização de questionários médicos, como o *European Medical Risk Related History* (EMRRH), permite que as informações recolhidas pelo médico dentista sobre o perfil, as patologias, medicação e estilo de vida do doente, não sejam menosprezadas (Esteves & Suárez Quintanilla, 2011).

Uma vez que os indivíduos menos favorecidos têm menos acesso aos serviços dentários, procuram, maioritariamente, pelo atendimento de urgência, especialmente em clínicas universitárias. Muitas vezes, mesmo que os sintomas do doente não se encaixem com os de uma urgência, os pacientes acabam por aderir a este tipo de atendimento como meio de entrada para solucionar o seu problema. Deste modo, torna-se fundamental que as urgências odontológicas sejam vistas como uma prioridade (Martins et al., 2014).

II. DESENVOLVIMENTO

1. Dor

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASOP), a dor é caracterizada como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão” (Direção-Geral da Saúde, 2008).

A dor representa um dos principais motivos para a procura de serviços de urgência, nomeadamente a dor aguda, provocando sofrimento e redução da qualidade de vida. Referimo-nos a uma dor aguda quando é provável que a sua duração seja limitada, ocorrendo, usualmente, uma relação temporal e/ou causal bem estabelecida. Quanto à dor crónica, advém de forma constante, persistindo por três meses ou mais. A dor é ainda um dos mais importantes sintomas para determinar um diagnóstico preciso (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Considerando a subjetividade, o profissional de saúde e o paciente podem ter perspetivas diferentes da dor. Assim sendo, é importante não desvalorizar a dor referida pelo doente. As escalas de avaliação podem auxiliar na classificação da dor, contribuindo para confirmar o padrão, localização, intensidade, etiologia e o efeito da terapêutica. Manifestações como agitação, gritos, choro, tremores, variação dos sinais vitais e proteção de uma ou diversas partes do corpo, podem ser tidas em conta na avaliação. Em relação ao padrão, pode ser analisado através da descrição feita pelo paciente, tendo em conta os detalhes cronológicos do último episódio, e se a dor é contínua ou intermitente. A localização, pode ser demonstrada pelo doente, através da enumeração das zonas dolorosas, já a intensidade da dor pode ser examinada através de escalas unidimensionais (Bottega & Fontana, 2010).

1.1. Escalas unidimensionais

Com o objetivo de quantificar a gravidade e a intensidade da dor, de modo breve e não invasivo, são utilizadas escalas unidimensionais, tais como a Escala Verbal

Descritiva, Escala Visual Analógica (EVA), Escala Visual Numérica (EVN) e Escala das Faces (Guimarães & Andrade, 2015).

1.1.1. Escala Verbal Descritiva

Geralmente, estão presentes cinco pontos, com palavras indicativas de quantidades crescentes de dor (sem dor; dor leve; dor moderada; dor intensa; dor insuportável). O ponto que corresponder à palavra selecionada é utilizada para obter a intensidade da dor. Esta escala é de fácil reprodução e análise, podendo ser usada em qualquer tipo de dor (Guimarães & Andrade, 2015).

1.1.2. EVA

Representa uma linha com sensivelmente 10 cm, em que cada extremidade retrata o nível mínimo e máximo de dor. O traço esquerdo equivale ao “sem dor”, em contrapartida, o direito a “dor máxima”. Nesta escala, é pedido ao doente que trace um ponto onde considerar que se localiza a sua dor, definindo com uma régua o valor correspondente (Guimarães & Andrade, 2015).

1.1.3. EVN

Apresenta dez intervalos de dor, sendo 0 igual a ausência de dor e 10 a dor máxima. Do número 1 ao 4 diz respeito a intensidades intermédias, o 5 e o 6 a dores moderadas e do 7 ao 9 a dor intensa (Guimarães & Andrade, 2015).

1.1.4. Escala das Faces

Esta escala dispõe seis faces, cada uma com uma expressão característica. A primeira face encontra-se muito alegre, e à medida que vai avançando, as faces vão ficando cada vez mais descontentes. Neste caso, o paciente determina qual a imagem que se adequa mais com a sua dor (Guimarães & Andrade, 2015).

2. História Clínica

2.1. Relação médico-paciente

A comunicação é indispensável, devendo ser utilizada, não só para adquirir informações relevantes sobre o doente, mas também para que se sinta ouvido, integrado nos cuidados de saúde e compreenda a patologia que lhe foi diagnosticada. O paciente aprecia elementos como o interesse e a compreensão, que o médico o informe do tratamento, o aconselhe, tenha em conta a sua opinião e sobretudo que permita que tome decisões. Particularmente, o doente valoriza o comportamento afetuoso do profissional de saúde, através da manifestação de empatia e preocupação (Hernández-Torres et al., 2006).

A aderência aos tratamentos está relacionada com a informação trocada entre o médico dentista e o paciente, ao conhecimento sobre o diagnóstico e ao esclarecimento da terapêutica elegida. Deste modo, o clínico ao conseguir reconhecer e compreender os principais problemas do doente, conseguirá, também, obter uma maior adesão à terapia (Hernández-Torres et al., 2006).

2.2. Importância da história clínica

A história clínica pode ser descrita como uma análise organizada e detalhada de todas as informações, prévias ou atuais, de cada paciente. Consequentemente, retrata o primeiro contacto com o médico, o exame clínico minucioso e os exames complementares, alcançando, deste modo, um diagnóstico e, posteriormente, uma terapêutica adequada (Wuani E., 2010).

Quando apropriada, a história clínica é fundamental, não só no diagnóstico, como também na relação de confiança estabelecida entre o doente e o profissional de saúde, inviável através de outros meios (Wuani E., 2010).

Para além de essencial para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde, a história clínica atua como evidência em situações de comprometimento médico, uma vez que, revela o modo como o médico agiu. Em caso de diligência, cumprindo todos os deveres em relação ao paciente, ou de negligência, não atendendo os direitos e não concedendo todas as informações médicas necessárias ao doente (del Río, 1999).

3. Urgências

As urgências odontológicas têm como propósito minorar a sintomatologia dolorosa, processos infecciosos e promover a melhoria da estética na cavidade oral. Geralmente, pacientes com presença de dor e com procedimentos dentários por realizar, optam por dirigir-se ao serviço de urgências mesmo que os sintomas não o justifiquem (Sanchez & Drumond, 2011).

É crucial que os médicos dentistas estejam familiarizados com os protocolos mais pertinentes para cada ato terapêutico, sendo que um tratamento incorreto pode ter repercussões a nível estético e funcional, aumentando o incômodo do paciente (Pedrini et al., 2011).

3.1. Urgências Endodônticas

Cerca de 85% das urgências em Medicina Dentária verificam-se devido a patologias pulpares ou periapicais (Cohen & Hargreaves, 2011). Elementos como a redução da escovagem ou técnica incorreta e a privação do uso de fio dentário podem levar ao aparecimento de cáries, e, conseqüentemente, comprometer a câmara pulpar, levando o doente a dirigir-se às urgências (Pinto et al., 2012).

Caracteriza-se por urgência endodôntica a dor e/ou edema com origem inflamatória ou infecciosa dos tecidos pulpares e/ou periapicais. Consoante o diagnóstico determinado, o médico dentista estabelece a melhor opção terapêutica. O tratamento depende da intensidade e duração da dor, do estado pulpar ou periapical e da presença de edema difuso ou flutuante (Cohen & Hargreaves, 2011).

Quadros clínicos como pulpite irreversível, periodontite apical sintomática, abscesso apical agudo, casos de flare-up e dentes submetidos anteriormente a tratamento endodôntico são vistos como urgências endodônticas (Cohen & Hargreaves, 2011; Rao, 2009).

Relativamente à prevalência, as patologias pulpares mais diagnosticadas foram a necrose pulpar e a pulpite irreversível sintomática. Quanto às patologias periapicais, a periodontite apical e o abscesso apical crónico foram as mais frequentemente identificadas. Quanto à etiologia que levou ao tratamento endodôntico, a cárie foi o principal fator,

representando 90% dos casos, já a fratura correspondeu a 8,9% e o trauma oclusal a 1,1% (Albuquerque et al., 2011).

3.1.1. Urgências primárias

3.1.1.1. Pulpite irreversível sintomática

Usualmente, fatores como cáries profundas, restaurações extensas e fraturas dentárias são responsáveis pelo aparecimento de alterações pulpares (Rao, 2009). A pulpite irreversível sintomática verifica-se quando a polpa não consegue, após remover a etiologia, recuperar o seu estado inicial, correspondendo, deste modo, a uma fase avançada de inflamação (Leonardi et al., 2011).

Em termos clínicos, o doente refere dor aguda e intensa a estímulos térmicos, espontânea, persistente, durante cerca de 30 segundos ou mais após a remoção do estímulo, e dor referida. Radiograficamente, apenas a zona periapical pode, eventualmente, apresentar um aumento do espaço periodontal apical, enquanto a lâmina dura permanece íntegra (Leonardi et al., 2011; Rao, 2009) (Figura 1 e 2).



Figura 1 - Aspeto clínico de pulpite irreversível sintomática. Exposição pulpar ao remover a cárie dentária (Adaptada de Lopes & Siqueira Jr., 2015).

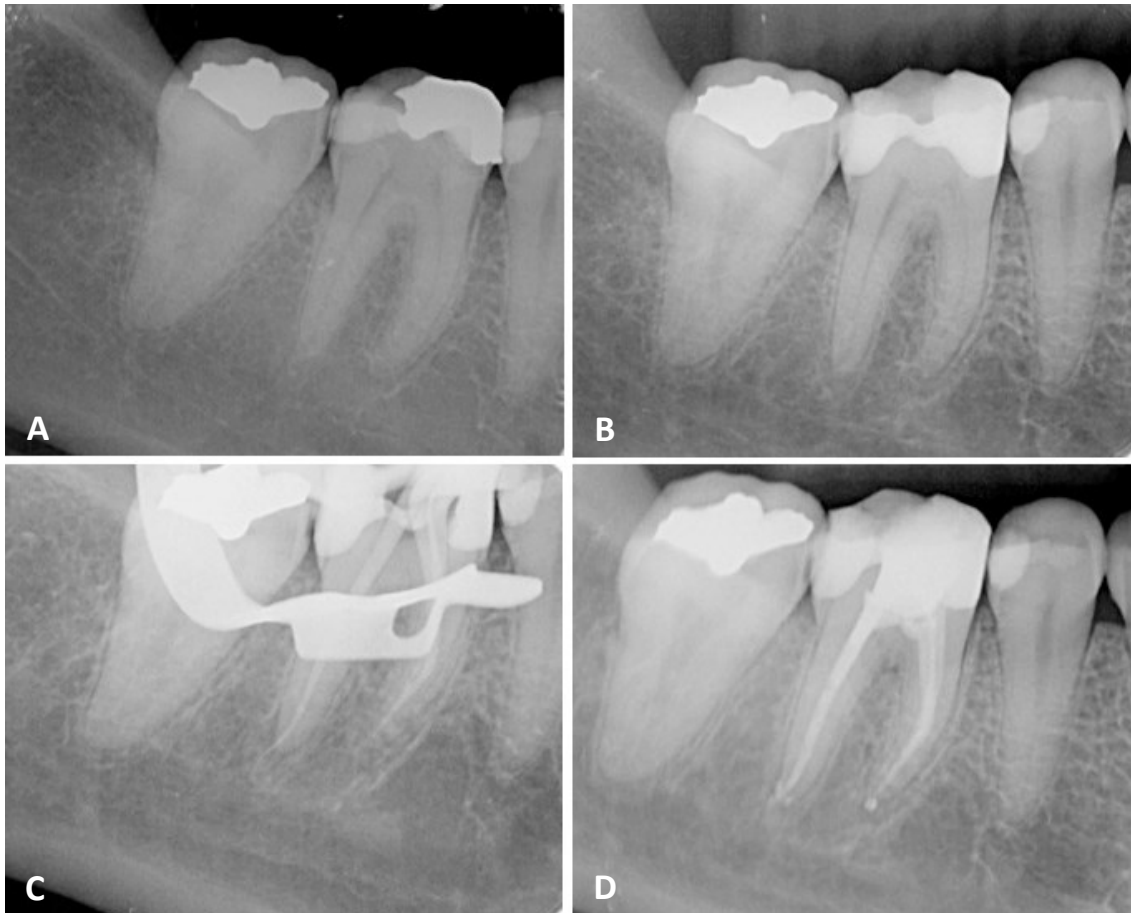


Figura 2 - Aspeto radiográfico de pulpite irreversível sintomática. A - Radiografia inicial. Verifica-se recidiva de cárie sob a restauração mesio-oclusal em amálgama e sob a oclusodistal em resina composta; B - Duas semanas após a realização da nova restauração mesio-occlusodistal em resina composta. Queixas de dor espontânea ao quente. Aumento ligeiro do espaço periodontal; C - Tratamento endodôntico, prova de cones; D - Tratamento concluído (Cortesia de Professor Doutor António Ginjeira).

Inicialmente, o paciente consegue identificar qual o dente em que sente dor, aquando da realização do diagnóstico, através dos testes de vitalidade. À medida que a inflamação aumenta, a dor torna-se difusa, aliviada pelo frio e intensificada pelo calor. Comumente, o paciente declara que a sintomatologia dolorosa é mais acentuada no horário noturno, dado que a pressão pulpar interna tende a aumentar quando o doente se deita (Leonardi et al., 2011).

Em relação aos testes de vitalidade, no teste térmico do frio o resultado é positivo numa fase inicial, deixando de haver resposta há medida que a lesão vai avançando. No teste térmico do calor a resposta é positiva, quanto à percussão e palpação os resultados foram inconclusivos, podendo responder positivamente ou negativamente (Lopes & Siqueira Jr., 2015).

A terapêutica traduz-se na remoção do tecido pulpar, sendo utilizado o tratamento endodôntico convencional em caso de extirpação total, e tratamento conservador pulpar se for parcial (Lopes & Siqueira Jr., 2015).

Numa situação de urgência, a dor deve ser controlada com um analgésico, anti-inflamatório não esteroide (AINE) ou com a combinação de um opióide fraco com um AINE em doses apropriadas. O doente deve ser informado das complicações iminentes caso não realize o tratamento definitivo prontamente (Douglass & Douglass, 2003).

3.1.1.2. Periodontite apical sintomática

No seguimento da ação de fatores químicos, físicos e predominantemente bacteriológicos, a patologia pode evoluir para necrose pulpar, proporcionando a entrada de bactérias no canal radicular, e promovendo uma resposta inflamatória na zona periapical, dando início à periodontite apical sintomática (Kirchhoff et al., 2013; Leonardi et al., 2011).

Vulgarmente, o paciente apresenta dor espontânea, localizada e intensa através do toque vertical e da oclusão dentária, referindo a sensação de que o dente aumentou de tamanho. Devido à formação de edema na região apical do ligamento periodontal, o dente correspondente tende a extruir ligeiramente (Lopes & Siqueira Jr., 2015).

Os testes de vitalidade pulpar são negativos, sendo que a periodontite apical sintomática está habitualmente associada à necrose pulpar. No teste de percussão a resposta é positiva, podendo o doente apresentar sintomatologia dolorosa, enquanto no teste de palpação a reação pode ser ou não positiva, dependendo da dimensão da lesão (AAE, 2015; Lopes & Siqueira Jr., 2015).

Na radiografia pode ser observada, geralmente, o aumento da espessura do ligamento periodontal (Figura 3), acompanhado ou não pelo surgimento de uma radiotransparência periapical (AAE, 2015; Lopes & Siqueira Jr., 2015). Já o tratamento endodôntico e o ajuste oclusal são os métodos utilizados para mitigar a sintomatologia, em conjunto com a prescrição de um analgésico ou AINE (Lopes & Siqueira Jr., 2015).



Figura 3 - Aspecto radiográfico de periodontite apical sintomática. Observa-se o espessamento do espaço do ligamento periodontal (Adaptada de Lopes & Siqueira Jr., 2015).

3.1.1.3. Abscesso apical agudo

Caso o sistema imunitário não consiga impedir o desenvolvimento da inflamação no canal radicular, ocorre formação de exsudado inflamatório e a patologia periapical altera-se para abscesso apical agudo (AAA) (Leonardi et al., 2011).

Clinicamente, o AAA cataloga-se através da localização do exsudado em intraóssea ou inicial, sub periostal ou em evolução e submucosa ou evoluída. Na fase intraóssea a secreção purulenta localiza-se adjacente ao forame apical, sem formação de edema. Na fase sub periostal há presença de edema difuso sem ponto de flutuação (Figura 4), em que o trabeculado ósseo é abrangido e a proximidade com o perióstee aumenta. Por último, na fase submucosa o pus penetra o perióstee e atinge o tecido mole, onde o edema localizado com ponto de flutuação é formado. Quanto ao ponto de flutuação, caso a proximidade do pus seja com a mucosa verificamos edema intraoral, se for com a pele, edema extraoral (E. D. de Andrade, 2014; Leonardi et al., 2011).

Quando o AAA se encontra na fase submucosa, a drenagem cirúrgica deve ser realizada com uma lâmina de bisturi diretamente no ponto de flutuação, de modo a favorecer a libertação de pus. Posteriormente, deverá ser feita a colocação de um dreno, permitindo a drenagem do abscesso (Figura 5 e 6) (E. D. de Andrade, 2014; Leonardi et al., 2011).



Figura 4 - Edema associado ao abscesso apical agudo. A - Vista intraoral, zona do palato, abscesso relativo ao incisivo lateral. B - Vista extraoral. (Adaptada de Lopes & Siqueira Jr., 2015).

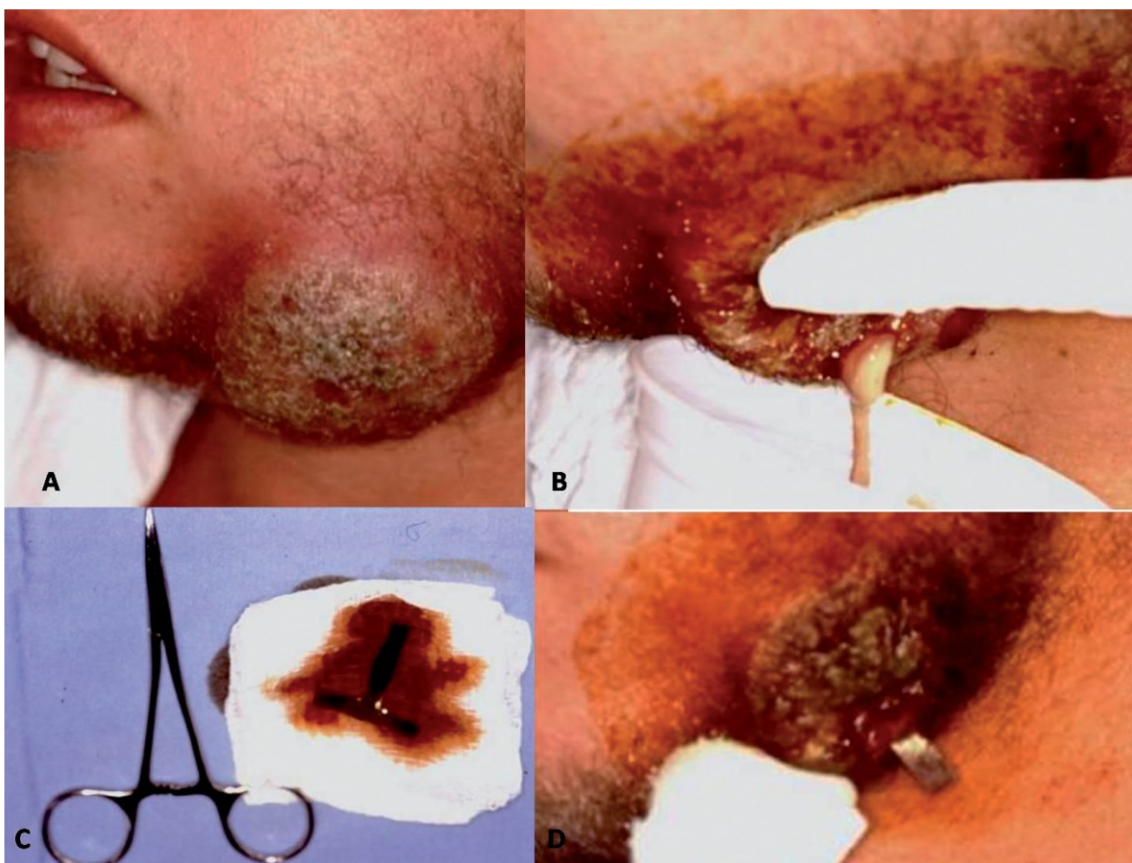


Figura 5 - Abscesso apical agudo em fase submucosa. A - Edema localizado. B - Libertação de exsudado purulento. C - Dreno com dique de borracha cortado em forma de T. D - Colocação do dreno (Adaptada de Leonardi et al., 2011).

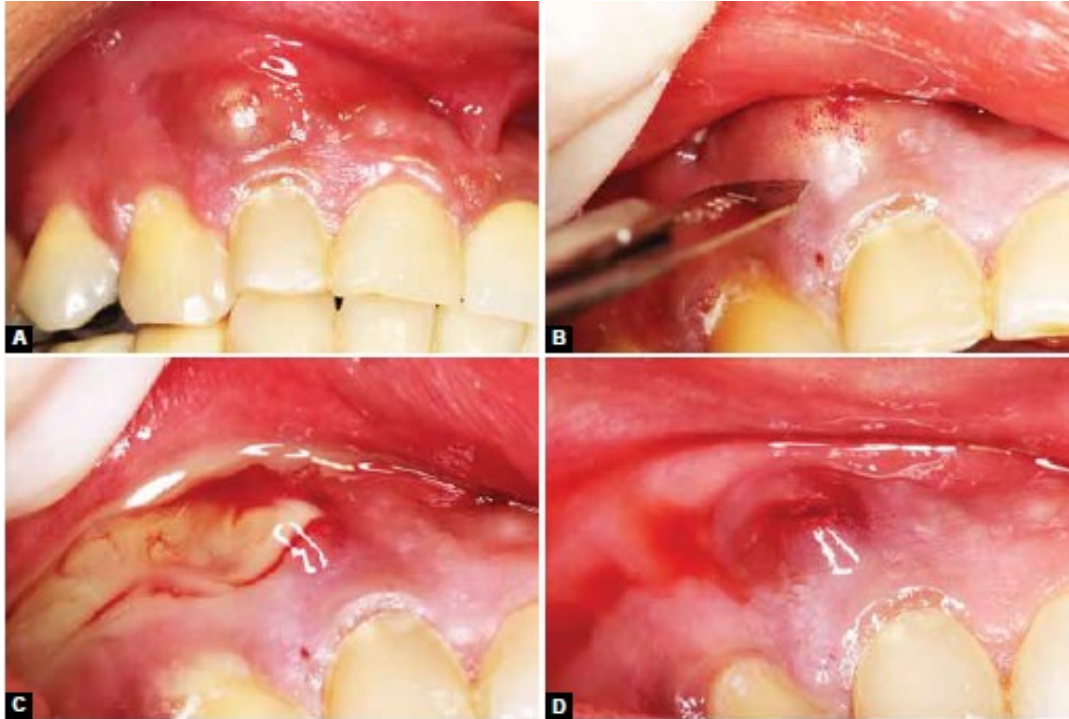


Figura 6 - Drenagem cirúrgica de um abscesso apical agudo. A - Edema intraoral com ponto de flutuação. B - Seleção do local de drenagem. C - Drenagem. D - Após drenagem (Adaptada de Keine et al., 2015).

Na Tabela 1 encontram-se dispostas as características clínicas e o tratamento utilizado no abscesso apical agudo.

Tabela 1 - Sinais, sintomas e tratamento do abscesso apical agudo (Adaptada de E. D. de Andrade, 2014; Keine et al., 2015; Leonardi et al., 2011; Lopes & Siqueira Jr., 2015; Rodrigues et al., 2015).

Diagnóstico	AAA inicial	AAA em evolução	AAA evoluído
Dor	Espontânea, localizada, intensa e pulsátil. Sensação de extrusão dentária.	Espontânea, difusa, moderada e pulsátil. Sensação de extrusão dentária.	Espontânea, difusa, moderada e pulsátil. Sensação de extrusão dentária.
Testes de vitalidade pulpar	Negativo	Negativo	Negativo
Palpação	Positivo. Aumento da dor	Positivo. Aumento da dor	Positivo. Aumento da dor
Percussão	Positivo. Grande aumento da dor	Positivo. Aumento da dor	Positivo. Aumento da dor

Edema	Ausente	Presente, difuso e sem ponto de flutuação	Presente, localizado e com ponto de flutuação
Mobilidade	Presente	Presente	Presente
Características radiográficas	Ligeiro aumento do espaço periapical	Ligeiro aumento do espaço periapical	Ligeiro aumento do espaço periapical
Tratamento local	Urgência: Abertura coronária, drenagem via canal, medicação intracanal e selamento coronário	Urgência: Abertura coronária, drenagem via canal, medicação intracanal e selamento coronário	Urgência: Abertura coronária, drenagem via canal, medicação intracanal, selamento coronário e drenagem cirúrgica
Tratamento sistêmico	Analgésicos e anti-inflamatórios	Analgésicos e anti-inflamatórios	Analgésicos e anti-inflamatórios

Como indicado na Tabela 1, o tratamento local na fase inicial corresponde à abertura coronária, drenagem via canal, colocação de medicação intracanal e selamento coronário. Na fase em evolução, o procedimento é idêntico, é aconselhado não executar nenhuma incisão e devem ser efetuados bochechos com água tépida para salientar o ponto de flutuação. Por fim, na fase evoluída deve ser realizada a drenagem via canal e da zona afetada com uma incisão intra ou extraoral. Após a consulta de urgência, o tratamento definitivo é o endodôntico (E. D. de Andrade, 2014; J. E. M. Rodrigues et al., 2015).

Quanto à prescrição de antibióticos, só deverá ser feita caso suceda febre, fadiga, ou quando o sistema imunitário está debilitado. Uma vez desempenhado um tratamento local adequado, a antibioterapia não oferece benefícios adicionais. Quando recomendado, o antibiótico de primeira linha é a amoxicilina. Ao presumir a presença de beta-lactamases, a melhor alternativa será a combinação de amoxicilina com ácido clavulânico. Em caso de alergia aos antibióticos betalactâmicos, como a penicilina, pode ser prescrito, alternativamente, clindamicina. (Direção-Geral da Saúde, 2014; Keine et al., 2015).

Caso não seja efetuado tratamento do AAA, o exsudado inflamatório procura o trajeto de menor resistência para executar a drenagem. Ao alcançar a mucosa ou pele, ocorrerá a formação de uma fístula com drenagem espontânea, podendo ser intra ou

extraoral. A fistula nunca deve ser drenada, e para auxiliar na sua localização, é introduzido um cone de guta-percha desinfetado, sendo realizada uma radiografia para posterior visualização (Leonardi et al., 2011).

3.1.2. Urgências durante o tratamento

3.1.2.1. Acidente com hipoclorito

A desinfecção e limpeza correta dos canais radiculares é assegurada pela irrigação durante o tratamento endodôntico, sendo o mais utilizado o hipoclorito de sódio (NaOCl) (Zhu et al., 2013). O defeito no controle da irrigação proporciona a extrusão acidental com hipoclorito para os tecidos periapicais. Uma vez que são imprevisíveis os resultados da injeção, é essencial o reconhecimento prévio e a manipulação apropriada do médico dentista (Bither & Bither, 2013).

Existem diversos sinais e sintomas que nos permitem identificar um acidente de NaOCl, tais como: dor severa imediata, edema dos tecidos moles adjacentes e da face, equimose na pele ou mucosa, hemorragia profunda pelo canal radicular, sabor e/ou odor a cloro, caso haja extrusão de hipoclorito para o seio maxilar, possível infecção secundária e parestesia (Bither & Bither, 2013) (Figura 7).

De modo a evitar acidentes com hipoclorito, existem algumas medidas de prevenção a ter em atenção. A abertura coronária deve permitir um acesso adequado, a agulha posicionada de 1 a 3 mm do comprimento de trabalho e afastada das paredes do canal e, por último, a irrigação realizada com pressão reduzida e constante (Chaugule et al., 2015).



Figura 7 - Acidente com hipoclorito de sódio. A - Edema provocado pela extrusão de NaOCl. B - 7 dias depois do extravasamento (Adaptada de Chaugule et al., 2015).

As complicações do extravasamento de NaOCl devem ser tratadas consoante a gravidade do incidente. Assim sendo, o tratamento consiste em diluir o hipoclorito com solução salina, aplicar compressas de gelo no local do edema nas primeiras 24 horas, prescrever analgésicos em caso de dor e utilizar antibioterapia de modo a minimizar o risco de infecção secundária. É fundamental informar o paciente sobre o acidente, manter o contacto e aguardar a diminuição dos sintomas para completar o tratamento (E. D. de Andrade, 2014; Bither & Bither, 2013; Dinesh et al., 2013).

3.1.2.2. Perfuração

Entende-se por perfuração endodôntica a comunicação formada entre o sistema de canais radiculares e a superfície dentária externa, usualmente de origem patológica ou iatrogénica (AAE, 2015).

As perfurações podem ser provocadas por diversos procedimentos dentários, nomeadamente, a abertura coronária, localização de canais radiculares, eliminação excessiva de dentina, desvios durante a exploração do canal e na tentativa de remoção ou bypass de instrumentos fraturados (Tsesis et al., 2010).

O diagnóstico de perfurações endodônticas é determinado de forma clínica e radiográfica. Os primeiros sinais clínicos identificados manifestam-se com a presença de sangramento acentuado e dor imediata no decorrer do procedimento. Através do auxílio de cones de papel e do localizador apical é possível confirmar a existência e a localização de uma perfuração. Em relação aos meios complementares de diagnóstico, radiografias com diferentes angulações são cruciais e a tomografia computadorizada de feixe cónico (CBCT) também pode ser utilizada, de modo a obter informações mais detalhadas (Clauder & Shin, 2009) (Figura 8).

O prognóstico de perfurações depende de fatores como a localização, tamanho, tempo entre a ocorrência e a intervenção, presença de inflamação, estado prévio pulpar e material utilizado. O material empregue deve ser biocompatível e de fácil manipulação, ter um selamento marginal apropriado e induzir osteogénese e cementogénese (Resende et al., 2019). Atualmente, o material agregado trióxido mineral (MTA) tem vindo a apresentar bons resultados no encerramento de perfurações (Araújo et al., 2018; Estrela et al., 2018; Mente et al., 2014).

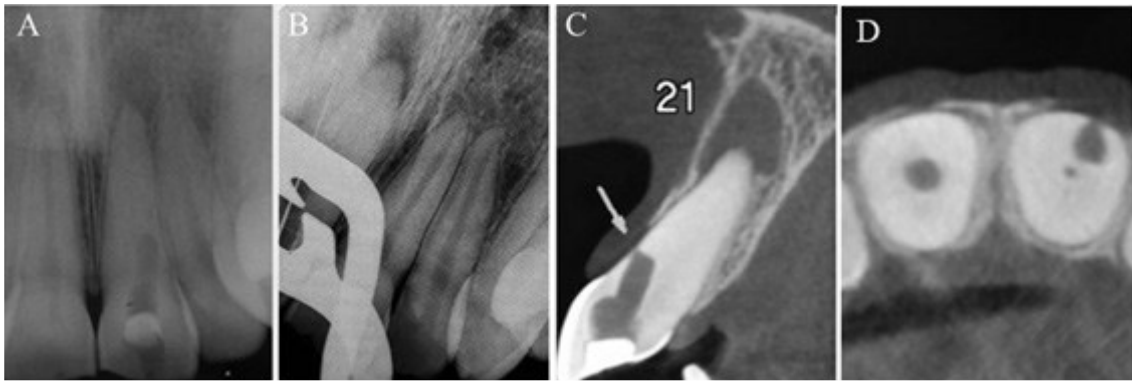


Figura 8 - Perfuração na face vestibulo-distal do dente 21. A - Radiografia periapical inicial. B - Radiografia com uma lima na perfuração. C - Vista sagital de uma tomografia computadorizada de feixe cônico. D - Vista axial de uma CBCT (Adaptada de Resende et al., 2019).

3.1.3. Flare-up

Eventualmente, podem surgir complicações após ou durante o tratamento endodôntico, caso a polpa ou os tecidos periapicais sejam acometidos, inicia-se uma exacerbação aguda designada de flare-up (AAE, 2015). Apesar do sistema imunitário tentar combater a infecção, o paciente apresenta sintomatologia dolorosa e edema, procurando, deste modo, uma consulta não planejada em regime de urgência (Sipavičiūtė & Manelienė, 2014).

O flare-up é de origem multifatorial, tendo como etiologia fatores microbianos, químicos e mecânicos, sujeitos à extensão e intensidade da resposta inflamatória (Sipavičiūtė & Manelienė, 2014). O desenvolvimento de flare-up pode ainda ser associado a fatores iatrogênicos, como desbridamento inadequado, extrusão de resíduos, retratamento, lesões periapicais, número de sessões endodônticas, sobreinstrumentação e sobreobturação (Colak & Kirici, 2019).

Relativamente ao tratamento, deve ser feita a reinstrumentação e a irrigação abundante do dente correspondente, permitindo uma limpeza eficaz dos canais radiculares. O ajuste oclusal também pode ser realizado para diminuir a sintomatologia dolorosa ao mastigar. A terapêutica sistêmica utilizada para o flare-up são anti-inflamatórios não esteroides e analgésicos, de modo a tratar a inflamação e a reduzir a dor (Jayakodi et al., 2012).

3.2. Traumatismos Dentários

Designa-se por traumatismo dentário qualquer lesão de origem térmica, química ou física que envolva o dente, as estruturas de suporte e os tecidos moles adjacentes (A. S. Rodrigues et al., 2015). Constitui um problema de saúde pública, devido não só à elevada prevalência, como ao impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados (Lam, 2016; Teixeira et al., 2019).

Após a ocorrência de uma lesão traumática, é fundamental que o paciente recorra aos serviços de urgência, podendo o traumatismo apresentar desde pequenas fraturas do esmalte, até lesões irreversíveis, como a perda de um elemento dentário. O prognóstico do dente torna-se mais favorável quanto mais atempadamente for realizado o tratamento. Complicações como sintomatologia dolorosa, alteração da cor, reabsorções radiculares, necrose pulpar, sensibilidade, mobilidade e perda de estrutura dentária podem ser observadas quando o tratamento não é imediato ou apropriado (Sanabe et al., 2009).

O traumatismo dentário compromete especialmente os dentes anteriores da maxila. As etiologias mais comuns são quedas, acidentes, atividades desportivas e violência. Características anatómicas como o aumento do overjet e a incompetência labial estão incluídos nos fatores predisponentes (Teixeira et al., 2019; Zaleckiene et al., 2014).

De modo a auxiliar os profissionais de saúde, o protocolo utilizado deve conter indicações específicas sobre o diagnóstico e tratamento de cada traumatismo, direcionado através do exame clínico intra e extraoral, de meios complementares de diagnóstico e de testes de sensibilidade (Macena et al., 2009).

3.2.1. Lesões dos tecidos duros e da polpa

3.2.1.1. Fissura de esmalte

Define-se por pequenas fissuras ou micro fraturas ao nível do esmalte sem perda de estrutura dentária, comprometendo, usualmente, o bordo incisal ou o ângulo mesial dos dentes anteriores da maxila. A transiluminação pode ser utilizada para a realização do diagnóstico (Olsburgh et al., 2002). Radiograficamente não se verificam alterações (DiAngelis et al., 2012).

Caso as fissuras se encontrem visíveis é efetuado o respetivo selamento com resina, de modo a evitar a descoloração das linhas de fratura. Geralmente, não é necessário realizar nenhum tratamento dentário (DiAngelis et al., 2012).

3.2.1.2. Fratura não complicada da coroa

Caracteriza-se pela fratura de um fragmento de esmalte ou de esmalte e dentina sem exposição pulpar. Inicialmente, os testes de sensibilidade podem ser negativos, indicando lesão pulpar transitória. A resposta pulpar deve ser monitorizada até à realização de um diagnóstico pulpar definitivo (Flores et al., 2007).

O exame radiográfico deverá ser executado através de três angulações para rejeitar a hipótese de deslocamento ou fratura da raiz. De modo a estabelecer um prognóstico, é necessário verificar a existência de lesões dos tecidos periodontais e a extensão de dentina exposta (AAPD, 2009; Flores et al., 2007).

Relativamente ao tratamento, caso o fragmento do dente esteja à disposição, poderá ser feita a sua colagem com a utilização de ácido e sistema adesivo (Figura 9). No entanto, se o fragmento não se encontrar disponível, ao envolver exclusivamente o esmalte, usualmente, o polimento dos bordos cortantes é suficiente. Se a fratura atingir o esmalte e a dentina, é realizada a reconstrução da coroa com ataque ácido, adesivo e compósito (Figura 10). Caso a dentina afetada esteja perto da polpa é efetuado o seu recobrimento com hidróxido de cálcio, ionómero de vidro ou adesivo dentinário antes da reconstrução coronária (AAPD, 2009; Flores et al., 2007; Vasconcelos Tavares et al., 2015).



Figura 9 - Colagem de fragmento em fratura não complicada da coroa (Adaptada por Olsburgh et al., 2002).



Figura 10 - Reconstrução coronária de uma fratura não complicada da coroa. A - Após a colocação do dique e da preparação da cavidade. B - Reconstrução coronária com incrementos de compósito. C - Resultado final (Adaptada por Olsburgh et al., 2002).

3.2.1.3. Fratura complicada da coroa

Designa-se pela fratura de uma porção de esmalte e dentina com exposição pulpar. Os testes de sensibilidade devem ser realizados nas consultas de controlo, de modo a monitorizar a vitalidade pulpar (Flores et al., 2007) (Figura 11).

As lesões nos tecidos periodontais são observadas através de exames radiográficos, preferencialmente com três angulações para verificar se ocorreu deslocamento ou fratura da raiz. Considerar a presença de fragmentos dentários na região dos lábios, língua e gengiva (AAPD, 2009; Flores et al., 2007).

O tratamento executado depende da maturação da raiz, caso não esteja completa, a vitalidade pulpar deve ser preservada através de recobrimento pulpar direto ou pulpotomia, com o auxílio de hidróxido de cálcio ou de MTA. Se a maturação da raiz estiver completa, usualmente, realiza-se tratamento endodôntico, podendo também ser executado recobrimento pulpar direto ou pulpotomia. A reconstrução coronária pode ser efetuada através da colagem do fragmento ou restaurada com compósito (DiAngelis et al., 2012; Flores et al., 2007).



Figura 11 - Fratura complicada da coroa (Adaptada por Sanabe et al., 2009).

3.2.1.4. Fratura corono-radicular não complicada

Caracteriza-se pela perda de esmalte, dentina e cimento, prolongando-se inferiormente à margem gengival, com mobilidade do fragmento coronário, mas sem exposição pulpar. Em termos radiográficos, geralmente, a extensão apical da fratura não é visível. Podem ser necessárias várias radiografias com ângulos diferentes, de modo a detetar linhas de fratura na raiz (Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012) (Figura 12).



Figura 12 - Imagem radiográfica de uma fratura corono-radicular não complicada (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

O tratamento de urgência empregue é a estabilização temporária do fragmento aos dentes adjacentes, que apesar da contaminação provocada pela saliva através da linha de fratura até à polpa, usualmente, não apresenta sintomatologia associada. Relativamente ao tratamento definitivo, existem diversos planos de tratamento exequíveis, tais como: a remoção do fragmento e a realização de tratamento restaurador, a remoção do fragmento, gengivectomia/osteotomia, tratamento endodôntico e restaurador com espigão intraradicular, ou ainda tratamento endodôntico e extrusão ortodôntica do fragmento apical, e após a extrusão, a execução de reabilitação com coroa cerâmica. A reposição cirúrgica da raiz para uma localização mais coronária e a extração dentária também podem ser efetuadas (Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012).

3.2.1.5. Fratura corono-radicular complicada

Designa-se por uma fratura que envolve esmalte, dentina e cimento com exposição pulpar, estendendo-se inferiormente à margem gengival. Ocorre sensibilidade à percussão e dor ligeira durante a mastigação, devido à mobilidade do fragmento dentário. Radiograficamente, a extensão apical da fratura não é visível. Recomenda-se que sejam realizadas radiografias de exposição periapical e oclusal (DiAngelis et al., 2012; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Quanto à terapêutica, inicialmente, é efetuada a estabilização temporária do fragmento coronário. Em dentes com maturação incompleta da raiz, a vitalidade pulpar deve ser preservada com pulpotomia, caso contrário, realiza-se tratamento endodôntico. Outros planos de tratamentos viáveis são a remoção do fragmento e gengivectomia/osteotomia associado ao tratamento endodôntico e reabilitação oral (Figura 13), extrusão ortodôntica do fragmento apical seguida por tratamento endodôntico e reabilitação oral, reposicionamento cirúrgico com tratamento endodôntico e reabilitação oral ou, por último, extração dentária com reabilitação oral (Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012).

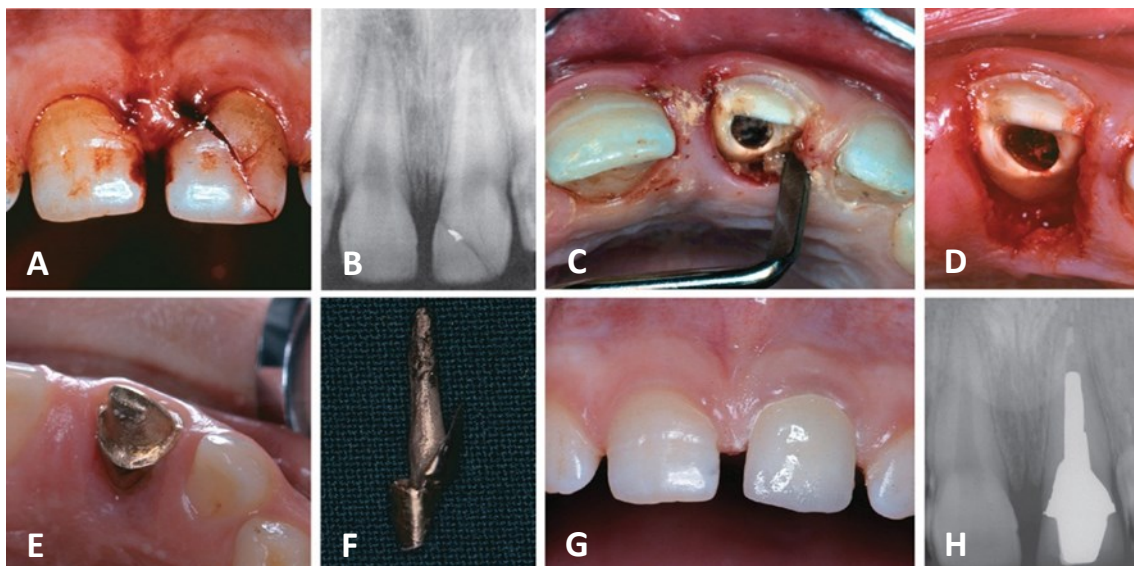


Figura 13 - Fratura corono-radicular complicada. A e B - Imagem clínica e radiográfica. C e D - Remoção do fragmento coronário, gengivectomia e osteotomia. E e F - Colocação de um núcleo metálico fundido. G e H - Imagem clínica e radiográfica de 2 meses após a colocação da coroa (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

3.2.1.6. Fratura da raiz

Define-se por uma fratura que inclui dentina, cimento e polpa. Clinicamente, podemos visualizar o deslocamento e mobilidade do fragmento coronário, sangramento do sulco gengival e uma possível sensibilidade à percussão. Em relação aos testes de vitalidade pulpar, primeiramente, podem apresentar resultados negativos, retratando lesão transitória ou permanente do nervo, sendo fundamental acompanhar o estado pulpar. Pode ainda ocorrer descoloração transitória da coroa (DiAngelis et al., 2012; Flores et al., 2007; Macena et al., 2009).

Radiograficamente, a fratura engloba a raiz do dente num plano horizontal ou oblíquo. Quanto às fraturas num plano horizontal, o ângulo de noventa graus é o mais utilizado, já nas fraturas num plano oblíquo, radiografias com ângulos horizontais ou de extensão oclusal apresentam maior probabilidade de serem observadas (DiAngelis et al., 2012; Flores et al., 2007; Macena et al., 2009).

O tratamento aplicado é a reposição da porção coronária, confirmado radiograficamente, e a estabilização do dente com um splint flexível durante quatro semanas (Figura 14). Se a fratura radicular ocorrer perto da zona cervical é recomendado um período de estabilização mais extenso. Durante um ano, a vitalidade pulpar deve ser monitorada, e caso suceda necrose pulpar, está indicado o tratamento endodôntico da porção coronária até à linha de fratura (AAPD, 2009; Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012; Flores et al., 2007; Macena et al., 2009).

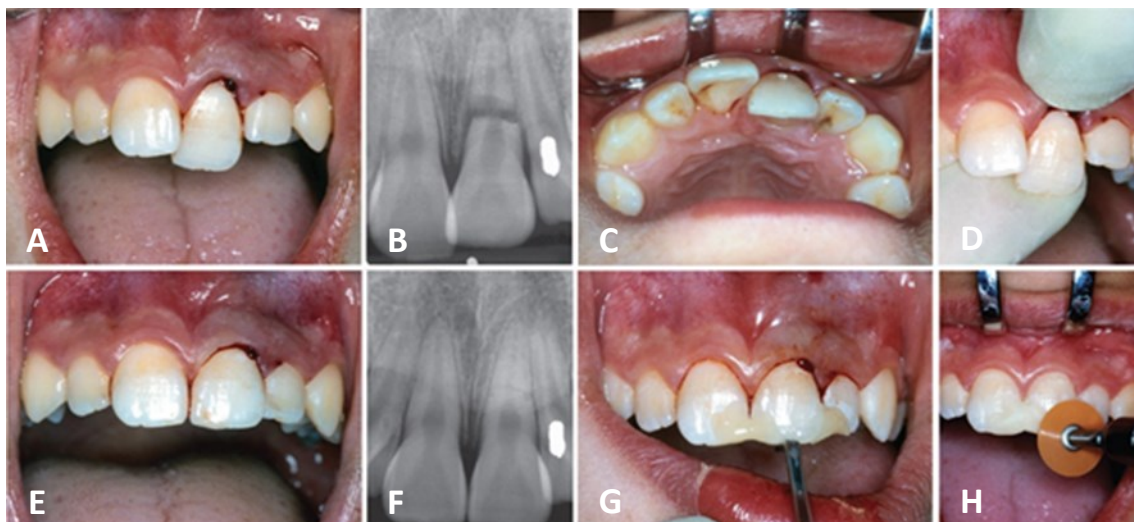


Figura 14 - Fratura radicular. A e B - Imagem clínica e radiográfica. C e D - Reposição do fragmento coronário. E e F - Observação clínica e confirmação radiográfica do reposicionamento. G e H - Aplicação e remoção de excessos de material (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

3.2.2. Lesões dos tecidos periodontais

3.2.2.1. Concussão

Lesão das estruturas periodontais com ausência de deslocamento e mobilidade dentária. Uma vez que as forças traumáticas são absorvidas pelo ligamento periodontal (LP), os tecidos duros não sofrem nenhuma fratura (Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Clinicamente, apresenta hemorragia e edema ao nível do LP, suscitando dor à percussão e à mastigação (AAPD, 2009; Pedrini et al., 2018; Vasconcelos Tavares et al., 2015). Geralmente, os resultados dos testes de sensibilidade são positivos. Os exames radiográficos não mostram alterações, e é recomendado realizar duas radiografias periapicais com incidências mesial e distal, de modo a descartar a existência de deslocamentos do dente (AAE, 2013; Pedrini et al., 2018) (Figura 15).

Relativamente aos casos de concussão, habitualmente, não requerem nenhum tratamento dentário, poderá apenas ser executado o desgaste seletivo do dente antagonista, e aconselhar o doente a optar por uma dieta mole durante os primeiros dias. O estado pulpar deve ser monitorizado até ser obtido um diagnóstico pulpar definitivo (AAE, 2013; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

3.2.2.2. Subluxação

Lesão dos tecidos de suporte com aumento da mobilidade dentária e ausência de deslocamento, podendo ocorrer hemorragia ao nível do sulco gengival (AAE, 2013; DiAngelis et al., 2012; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Os testes de vitalidade pulpar, inicialmente, podem exibir resultados negativos, indicando lesão pulpar transitória. Assim sendo, o estado da polpa deve ser acompanhado até obter um diagnóstico pulpar definitivo. O paciente manifesta sensibilidade ao realizar o teste de percussão e ao exercer forças mastigatórias. Não é expectável encontrar alterações através da observação de radiografias periapicais e oclusais (AAE, 2013; DiAngelis et al., 2012; Vasconcelos Tavares et al., 2015) (Figura 15).

Quanto ao tratamento a efetuar, se o elemento dentário apresentar mobilidade mais elevada, pode estar indicada a utilização de um splint flexível, estabilizando o dente durante duas semanas (AAE, 2013; Vasconcelos Tavares et al., 2015).



Figura 15 - Aspecto clínico e radiográfico de concussão no incisivo central direito e subluxação no incisivo central esquerdo. Realização do teste de percussão (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

3.2.2.3. Luxação extrusiva

Deslocamento parcial do dente no sentido axial do alvéolo, permanecendo suspenso por algumas fibras gengivais. No exame clínico conseguimos visualizar o alongamento dentário, desvio da coroa do dente para palatino/lingual, mobilidade aumentada e hemorragia do ligamento periodontal. O teste à percussão promove dor ligeira e um som fraco. Já os testes de vitalidade revelam uma resposta negativa, indicando lesão pulpar transitória (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Radiograficamente, pode ser observado um deslocamento incisal do dente e um aumento do espaço do ligamento periodontal, especialmente a nível apical, através de uma radiografia oclusal e duas periapicais de incidência mesial e distal (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

O tratamento consiste na lavagem da zona afetada com solução salina, no reposicionamento e estabilização do dente com um splint flexível durante duas semanas. Na presença de laceração gengival, deve ser realizada uma sutura, especialmente na região cervical. Se forem manifestados sinais e sintomas de necrose, está indicado a execução de tratamento endodôntico (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018).

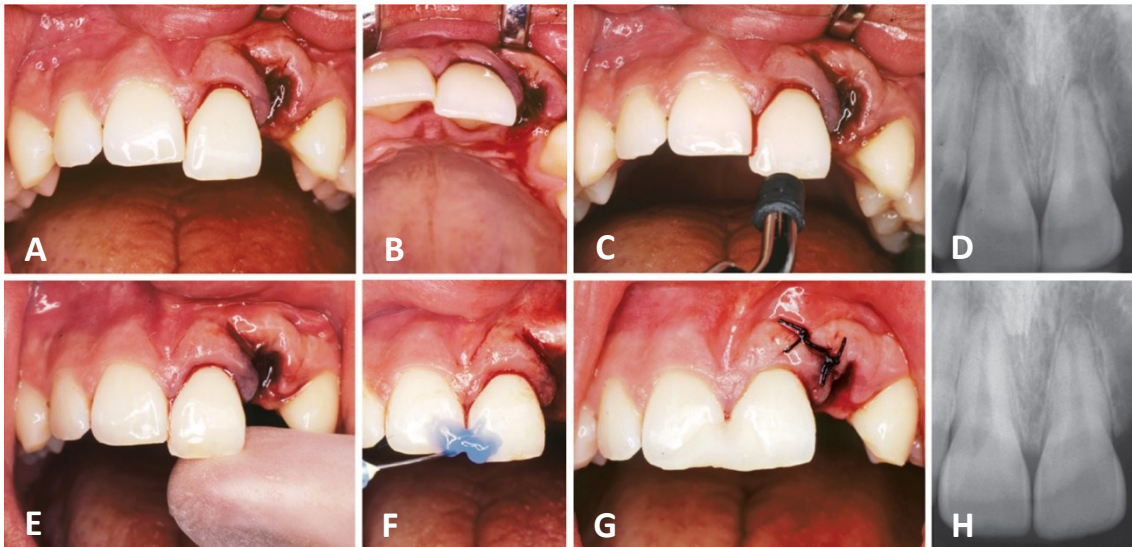


Figura 16 - Luxação extrusiva. A e B - Aspeto clínico da luxação extrusiva no incisivo central esquerdo. C - Realização de testes de sensibilidade. D - Visualização do aumento do espaço do LP. E - Reposicionamento do dente. F - Preparação dentária para a colocação do splint. G - Sutura da laceração gengival. H - Radiografia após o reposicionamento (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

3.2.2.4. Luxação lateral

Deslocamento coronário do elemento dentário para palatino/lingual e do ápice radicular para vestibular ou vice-versa, sem deslocamento axial. Usualmente, associado à fratura do osso alveolar (AAPD, 2009; Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Clinicamente, o dente aparenta estar imobilizado, revelando sensibilidade e presença de som agudo e metálico à percussão. Em relação aos testes de vitalidade, apresentam resultados negativos. Em radiografias de incidência oclusal e periapical, pode ser observado o aumento do espaço do ligamento periodontal, já o CBCT evidencia o diagnóstico de fratura do osso alveolar, especialmente nos planos sagital e coronal (AAE, 2013; DiAngelis et al., 2012).

O tratamento baseia-se em lavar a região acometida com solução salina, e em efetuar o reposicionamento e estabilização do dente com um splint flexível durante duas semanas. Caso o deslocamento seja extenso, deve permanecer no espaço de quatro semanas (Figura 17). Na presença de laceração gengival, deve ser realizada uma sutura, principalmente na região cervical. O estado da polpa deverá ser monitorizado e, em caso de necrose pulpar, está indicado o tratamento endodôntico (AAE, 2013; DiAngelis et al., 2012).

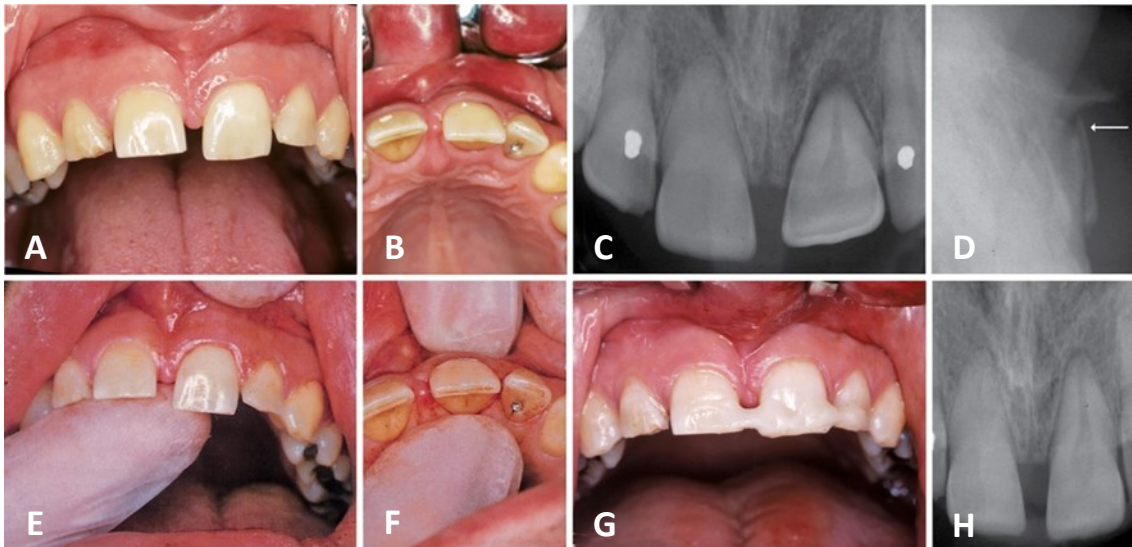


Figura 17 - Lluxação lateral. A e B - Aspecto clínico. C e D - Exame radiográfico. E e F - Reposicionamento do dente. G e H - Aspecto clínico e radiográfico após quatro semanas (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

3.2.2.5. Lluxação intrusiva

Deslocamento axial do dente para o interior do osso alveolar, acompanhado por fratura do processo alveolar. Um dos sinais clínicos mais visíveis é a diferença entre a altura incisal dos dentes adjacentes e a do elemento dentário, encontrando-se parcialmente ou totalmente infra ocluído. Outra característica identificada é a imobilidade dentária e o som agudo e metálico à percussão, idêntico a um dente anquilosado. Quanto aos testes de vitalidade pulpar, apresentam, eventualmente, resultados negativos (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

No exame radiográfico pode ser visualizado a diminuição ou ausência do espaço do ligamento periodontal. Caso o dente se encontre totalmente intruído, provavelmente, o ápice radicular trespassou para a cavidade nasal, que será observado radiograficamente (Figura 18) (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018).

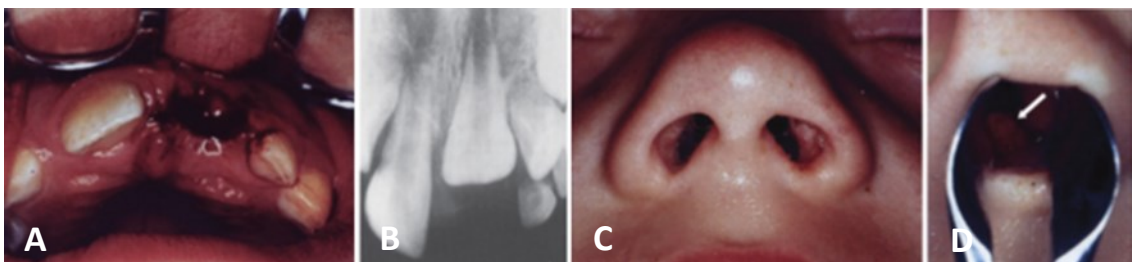


Figura 18 - Dente completamente intruído. A e B - Aspecto clínico e radiográfico. C e D - Inspeção nasal (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

Relativamente ao tratamento, em situações de formação radicular incompleta, está indicada a re-erupção sem intervenção, e caso não ocorra movimento, deverá ser realizado o reposicionado ortodonticamente. Se o dente apresentar mais de 7 mm de intrusão, o reposicionamento cirúrgico ou ortodôntico é aconselhado. Em dentes com formação radicular completa, se o elemento dentário estiver intruído menos de 3 mm, é permitida a re-erupção sem intervenção. Se não se verificar movimento, o dente deve ser reposicionado cirurgicamente ou ortodonticamente, prevenindo o aparecimento de anquilose dentária. Caso a intrusão seja maior que 7 mm, é recomendado reposicionar cirurgicamente. Uma vez reposicionado, o dente deve ser estabilizado com um splint flexível durante cerca de quatro semanas (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018; DiAngelis et al., 2012) (Figura 19).

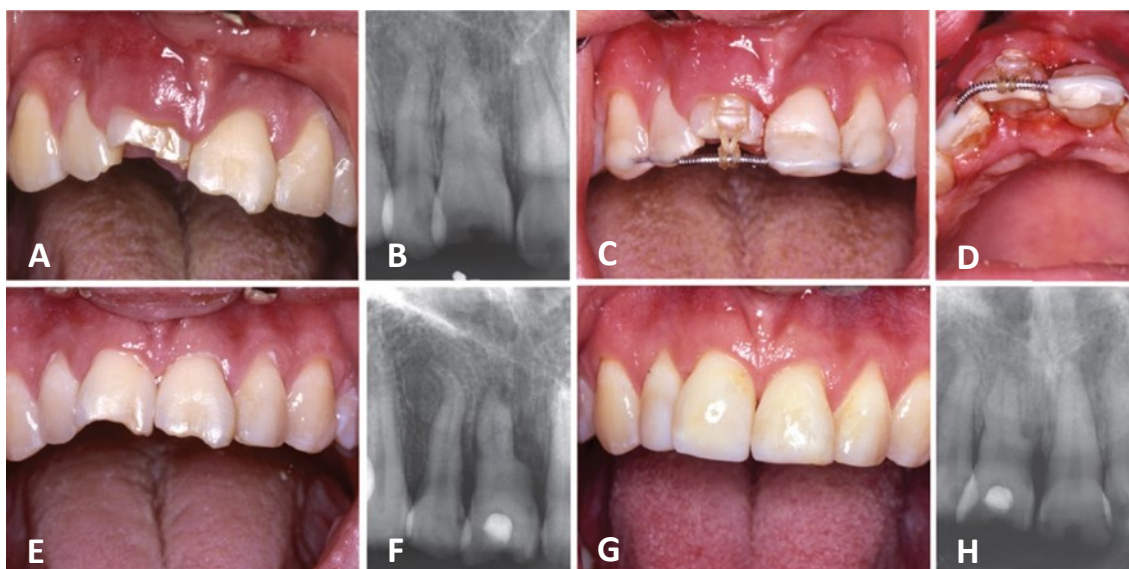


Figura 19 - Luxação intrusiva. A e B - Aspecto clínico e radiográfico. C e D - Reposicionamento ortodôntico. E e F - Extrusão completa do dente para a posição original. G e H - Elementos dentários restaurados com resina composta (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

3.2.2.6. Avulsão

Deslocamento total do dente para o exterior do alvéolo dentário, acompanhado por exposição radicular e separação do ligamento periodontal. Lesões como a fratura das tábuas ósseas e a laceração labial estão, comumente, associadas ao processo de avulsão dentária (Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Fatores como o tempo extraoral e o estado de armazenamento do elemento avulsionado devem ser considerados, principalmente, se foi preservado num ambiente

fisiológico ou mantido seco. O processo de cicatrização pode ser influenciado pela contaminação da superfície radicular. Caso o paciente encontre o dente que sofreu avulsão, devem ser efetuadas radiografias apenas se o exame clínico suscitar dúvidas de fratura óssea. Se o dente avulsionado não for encontrado, a realização de radiografias está indicada para verificar intrusão dentária ou fraturas radiculares no alvéolo (Andreasen et al., 2018; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Existem diversos tratamentos possíveis para casos de avulsão dentária, dependendo se o dente já foi reimplantado, se foi colocado em condições fisiológicas, ou se passaram menos ou mais de 60 minutos fora da cavidade oral. Idealmente, o dente deve ser armazenado de imediato em leite, soro fisiológico ou saliva, de modo a conservar o ligamento periodontal (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018).

Caso o dente se encontre reimplantado, limpar com água, solução salina ou clorexidina, verificar radiograficamente a posição e estabilizar com um splint flexível durante 1-2 semanas (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018).

Se o dente for colocado num ambiente fisiológico ou se passarem menos de 60 minutos, segurar pela coroa e realizar a limpeza da raiz com uma solução salina, anestésiar, irrigar, reimplantar, verificar a reimplantação radiograficamente e estabilizar com um splint flexível durante 1-2 semanas (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018) (Figura 20).

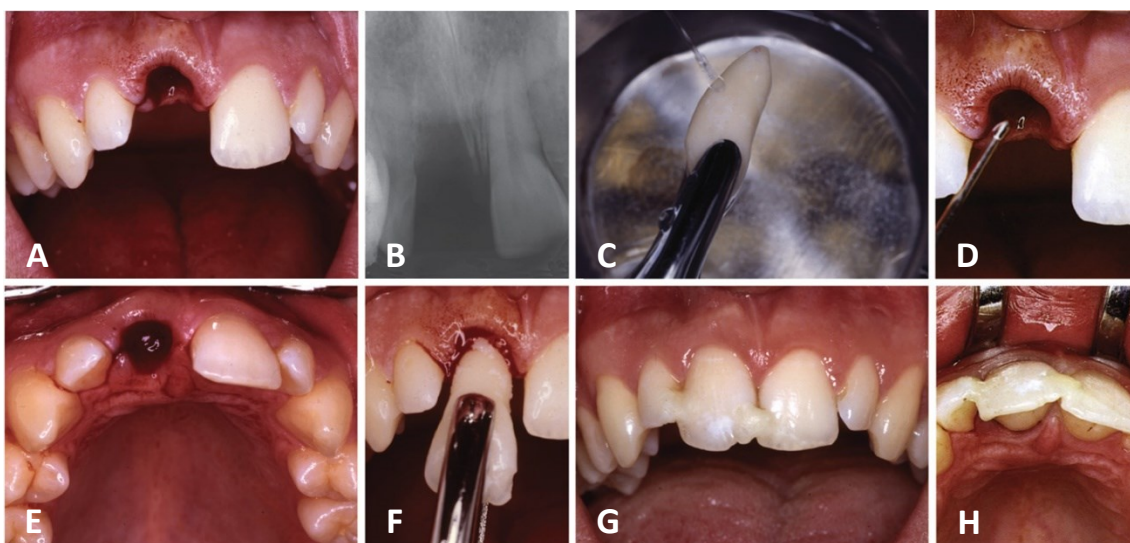


Figura 20 - Avulsão dentária. A e B - Aspeto clínico e radiográfico. C e D - Irrigação do dente e do alvéolo com solução salina. E e F - Reimplante do elemento dentário. G e H - Estabilização com splint (Adaptada de Andreasen et al., 2018).

Por último, se passarem mais de 60 minutos, remover o tecido necrótico do dente com uma gaze, anestésiar, irrigar com solução salina, realizar tratamento endodôntico antes ou depois do reimplante, verificar a reimplantação radiograficamente e estabilizar com um splint flexível durante 1-2 semanas (AAE, 2013; Andreasen et al., 2018).

3.3. Urgências em Periodontologia

Designam-se por doenças periodontais os processos inflamatórios que acometem os tecidos gengivais e/ou as estruturas de suporte dentário (Guvenc et al., 2009; Vieira et al., 2010). Ao progredir, ocorre formação de bolsas periodontais, perda de inserção, destruição óssea, mobilidade dentária e, eventualmente, perda de elementos dentários (Meisel & Kocher, 2005; Petersen & Ogawa, 2012; Schettritt, 2010).

Embora multifatorial, o aumento de placa bacteriana contribui significativamente para o aparecimento de patologias periodontais. A progressão e a severidade da doença podem ser influenciadas por fatores de risco sistêmicos e locais (C. H. de C. e Souza et al., 2013).

O tratamento baseia-se em controlar os microrganismos presentes no biofilme dentário, diminuindo ou eliminando a inflamação dos tecidos periodontais (Pourabbas et al., 2014). Assim sendo, técnicas de raspagem, alisamentos radiculares e uma correta higienização oral devem ser aplicadas (Vieira et al., 2010).

Apesar da utilização de medidas preventivas como a escovagem, o uso de fio dentário e o comparecimento regular nas consultas de medicina dentária, a doença periodontal continua a ser uma das patologias mais prevalentes (Maffei et al., 2016).

Os pacientes procuram atendimento de urgência, especialmente, em condições de lesões agudas, associadas à presença de dor e a uma rápida destruição dos tecidos periodontais. Deste modo, é fundamental que o diagnóstico e o tratamento sejam imediatamente empregues (Herrera et al., 2018).

3.3.1. Abscesso Periodontal

Caracteriza-se por uma infecção purulenta localizada nos tecidos adjacentes à bolsa periodontal, provocando danos no ligamento e no osso alveolar (Singh & Saxena, 2015). Consoante o processo infeccioso, podem verificar-se abscessos associados à periodontite, com presença de biofilme nas bolsas periodontais pré-existentes, ou abscessos em locais sem a existência prévia de bolsas periodontais, devido a, por exemplo, impactação de corpos estranhos (Herrera et al., 2018; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

O diagnóstico do abscesso periodontal consiste na análise da sintomatologia descrita pelo paciente, nos sinais observados através do exame clínico oral e nos exames radiográficos (Lang & Lindhe, 2015; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

Clinicamente, o sinal mais comumente identificado é uma proeminência ovoide da gengiva ao longo do segmento lateral da raiz (Figura 21a). Já os abscessos situados em zonas mais profundas do periodonto podem ser menos perceptíveis, evidenciando um edema difuso ou uma região mais avermelhada (Figura 21b). Os sinais e sintomas apresentados incluem dor, sensibilidade à percussão, edema, extrusão dentária, sensibilidade da gengiva, mobilidade dentária, halitose e supuração, quer seja espontânea ou após compressão (Figura 22). Em situações severas, o doente pode manifestar sintomatologia sistémica como febre, leucocitose, mal-estar e linfadenopatia regional (Lang & Lindhe, 2015; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

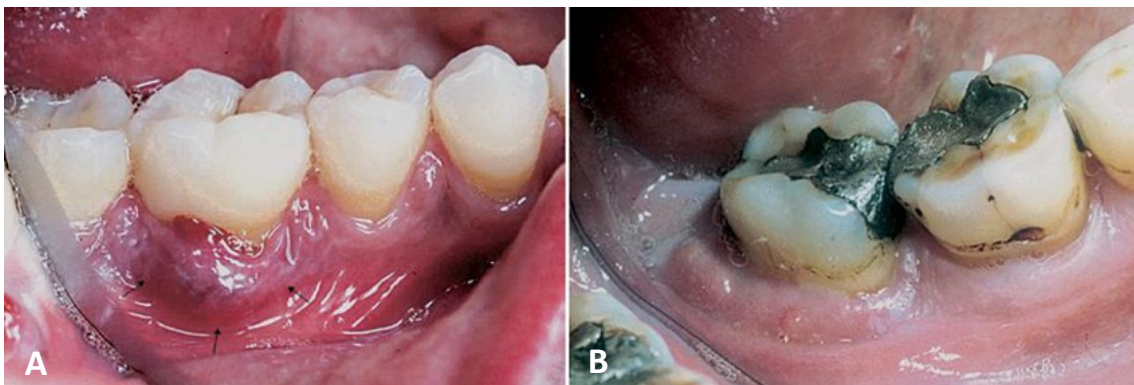


Figura 21 - Diferentes manifestações do abscesso periodontal. A - Proeminência ovoide da gengiva, visíveis os limites apicais do abscesso. B - Edema difuso na gengiva do segundo molar (Adaptada de Lang & Lindhe, 2015).

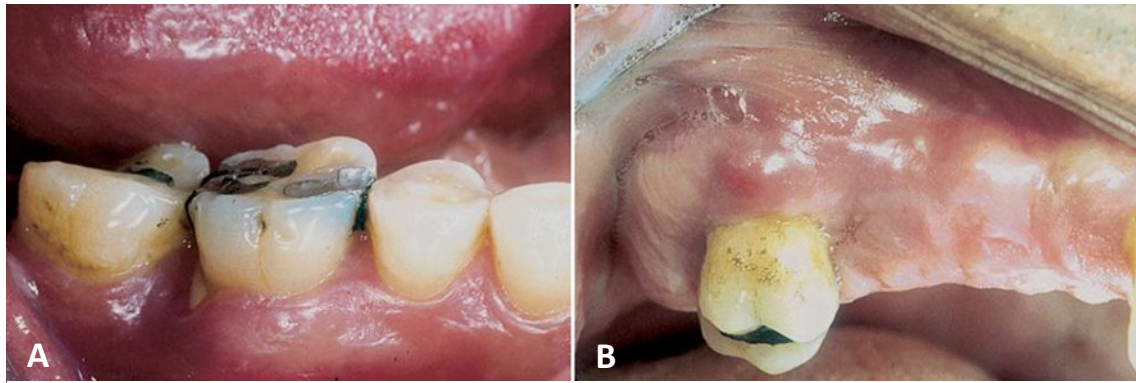


Figura 22 - Sinais do abscesso periodontal. A - Supuração espontânea na zona da margem gengival do primeiro molar inferior. B - Extrusão dentária (Adaptada de Lang & Lindhe, 2015).

Em termos radiográficos, podemos visualizar osso interdentário aparentemente normal ou uma evidente perda óssea (Lang & Lindhe, 2015; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

A terapêutica do abscesso periodontal consiste no controlo da infecção aguda, de modo a suspender a destruição tecidual e conter a sintomatologia dolorosa, e no tratamento apropriado da lesão inicial e/ou residual, especialmente em doentes com periodontite (Herrera et al., 2014).

O protocolo utilizado inclui a drenagem, através da bolsa ou de uma incisão externa, compressão e desbridamento do tecido mole da parede da bolsa periodontal e irrigação com solução salina estéril. Caso o abscesso ocorra por impactação de corpo estranho, deverá ser eliminado através de um desbridamento minucioso. Após a realização do tratamento de urgência, o paciente deverá efetuar bochechos com solução salina morna ou digluconato de clorexidina 0,12%, e ser observado após 24-48 horas, para que, uma semana depois, o tratamento definitivo seja executado. A terapia antibiótica deve ser ponderada quando a drenagem imediata não for exequível, ou se verificarem situações de envolvimento sistémico, como febre, mal-estar ou linfadenopatia. Usualmente, o antibiótico de primeira linha é a amoxicilina, apesar da amoxicilina combinada com metronidazol também apresentarem resultados favoráveis (E. D. de Andrade, 2014; Direção-Geral da Saúde, 2014; Herrera et al., 2014; Lang & Lindhe, 2015; Vasconcelos Tavares et al., 2015).

3.3.2. Pericoronarite

Infecção dos tecidos moles que circundam a coroa de um dente em erupção, manifestando-se, especialmente, nos terceiros molares inferiores (Muñoz Smitmans et al., 2010; Sencimen et al., 2014; Wehr et al., 2019). Geralmente, a superfície oclusal do dente semi-erupcionado encontra-se revestida por tecido mole, designado opérculo. A dificuldade em manter a higienização da zona promove a acumulação de restos alimentares e a proliferação de bactérias. Simultaneamente, o trauma provocado pela função mastigatória do dente oponente contribui para o aparecimento de pericoronarite (Dhonge et al., 2015; Katsarou et al., 2019; Wehr et al., 2019).

A sintomatologia inclui dor, edema, sensibilidade, disfagia e limitação da abertura da boca. Outros sintomas como febre, sensação de mal-estar, halitose, perda de apetite, linfadenite e libertação de exsudado através da palpação do opérculo podem ser manifestados. A intensidade e a periodicidade dos sintomas variam consoante a classificação atribuída à patologia (Katsarou et al., 2019).

A pericoronarite aguda é caracterizada pela formação de uma lesão vermelha, volumosa e com libertação de pus, pela limitação da abertura da boca e pela sintomatologia intensa (Dhonge et al., 2015; Katsarou et al., 2019; Odell, 2017) (Figura 23). Se for subaguda, a intensidade é menor e não há presença de limitação na abertura. Por último, na pericoronarite crónica, os pacientes expressam dor ligeira e de curta duração, sem sintomatologia relevante (Katsarou et al., 2019).



Figura 23 - Pericoronarite. Observação clínica da bolsa formada entre a gengiva e a coroa dentária do terceiro molar inferior parcialmente erupcionado (Adaptada de Odell, 2017).

Relativamente ao tratamento inicial, deve proceder-se à anestesia local, irrigação da zona para remover o exsudado e os restos alimentares, lavagem com um antisséptico após a elevação do retalho pericoronário, remover os detritos e irrigar novamente com uma solução fisiológica estéril e, de seguida, com digluconato de clorexidina 0,12% (Figura 24). A oclusão deve ser verificada, de modo a determinar se o dente oponente contacta com o retalho pericoronário. Para aliviar a dor do paciente, pode ser necessária a remoção cirúrgica dos tecidos moles e/ou realizar o ajuste oclusal do dente oponente. Caso o retalho pericoronário apresente edema e flutuação, pode ser executada uma incisão com uma lâmina 15 para estabelecer a drenagem (E. D. de Andrade, 2014; Dhonge et al., 2015; Odell, 2017).

Na consulta seguinte, define-se se o dente deve ou não ser extraído. Se o dente for mantido, deverá ser efetuada uma cirurgia que consiste em anestesiá-lo e em realizar uma incisão em forma de cunha, seccionando o retalho pericoronário do tecido distal do dente afetado (Figura 24) (Odell, 2017).

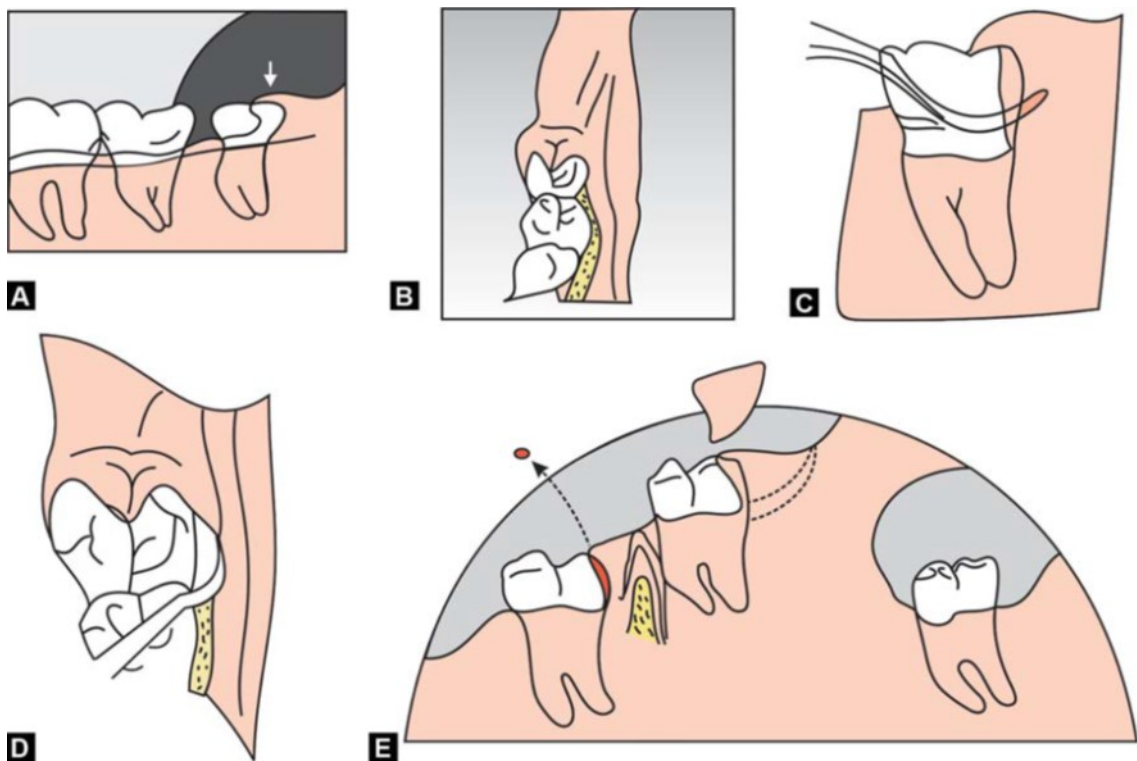


Figura 24 - Tratamento da pericoronarite. A e B - Retalho pericoronário a cobrir o terceiro molar inferior parcialmente erupcionado. C e D - Elevação do retalho para eliminar os detritos. E - Incisão em forma de cunha para seccionar os tecidos (Adaptada de Odell, 2017).

Na presença de sintomatologia dolorosa, os AINEs podem ser recomendados. Em situações severas ou que apresentem manifestações sistêmicas, o uso de antibioterapia pode estar indicado, sendo o antibiótico de primeira linha a amoxicilina. No caso de se suspeitar da existência de beta-lactamases, deve eleger-se a associação de amoxicilina com ácido clavulânico. Se o paciente for alérgico à penicilina, poderá optar-se pelo uso de clindamicina (Dhonge et al., 2015; Direção-Geral da Saúde, 2014).

3.4. Urgências Pós-Cirúrgicas

Define-se como complicação cirúrgica uma adversidade circunstancial, que pode surgir após a realização de um tratamento dentário (Ferneck & Goupil, 2019). A extração dentária é um dos procedimentos mais usuais, podendo proporcionar sintomas exacerbados como dor, edema, desconforto e disfunção (V. C. Andrade et al., 2012).

O número de pacientes que procuram serviços de urgência em odontologia devido a complicações pós-operatórias, comumente, estão associados a falhas no tratamento ou na técnica utilizada (Moura et al., 2010).

É substancial estabelecer um bom planeamento antes executar um tratamento cirúrgico, através do exame clínico intra e extraoral, da história clínica e de meios complementares de diagnóstico. Deste modo, ao planear adequadamente o procedimento dentário, é provável que as complicações pós-operatórias possam ser prevenidas (V. C. Andrade et al., 2012).

Complicações como hemorragia, dor, edema, alveolite, trismo, infeções, lesão do nervo alveolar inferior e dos dentes adjacentes, fratura da mandíbula e da tuberosidade maxilar, comunicação oro-antral, deslocação de dentes para zonas anatómicas nobres e complicações periodontais podem ser observadas (V. C. Andrade et al., 2012; Cordeiro & Silva, 2017).

3.4.1. Hemorragia

Perante uma situação de hemorragia, ocorre extravasamento excessivo e invulgar de sangue durante e após a intervenção cirúrgica, com ausência de coagulação e hemostasia (V. C. Andrade et al., 2012).

A presença de hemorragia diminui a visibilidade do campo operatório e, caso a hemostasia não seja alcançada, contribui para a formação de hematomas no pós-operatório. Esta complicação pode ainda favorecer o aparecimento de microrganismos e, conseqüentemente, levar ao desenvolvimento de infeções (V. C. Andrade et al., 2012; Peterson, 2012).

No caso de uma hemorragia normal, verifica-se exsudação de sangue reduzida nas primeiras 24 horas após o tratamento cirúrgico, ao contrário de uma hemorragia patológica, que vai além do intervalo de 1-2 dias (Peterson, 2012).

É fundamental ter em conta a história clínica do doente, observar se ocorreram situações prévias de hemorragias persistentes, os antecedentes pessoais e que medicação utiliza, uma vez que pode provocar alterações na coagulação. Fármacos como anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, pacientes que realizam quimioterapia, alcoólicos ou com patologias associadas à coagulação, geralmente, têm mais tendência para o desenvolvimento de hemorragias patológicas (Ferneck & Goupil, 2019; Peterson, 2012).

Diversos mecanismos podem ser utilizados no tratamento de hemorragias dentárias, tais como a compressão, hemostáticos locais absorvíveis, cauterização, medicação sistémica e sutura. No processo de compressão, o local da hemorragia deve ser comprimido vigorosamente com gazes esterilizadas (V. C. Andrade et al., 2012; Farias et al., 2020; Hupp et al., 2018; Peterson, 2012) (Figura 25). A técnica de compressão local é segura e viável, sendo indispensável, em todos os pacientes, para o controlo de hemorragias (Kato; et al., 2010). Os hemostáticos locais absorvíveis como a esponja de fibrina, celulose oxidada, colagénio e esponja de gelatina absorvível são aplicados diretamente na lesão com o intuito de promover a hemostasia (V. C. Andrade et al., 2012; Costa et al., 2013) (Figura 26). A pressão exercida deve ser eficaz o suficiente para assegurar o processo de coagulação, mas não exorbitante, de modo a evitar lesões nos tecidos (Farias et al., 2020).



Figura 25 - Compressão local. A - Antes da colocação da gaze esterilizada. B - Após o posicionamento correto da gaze sobre o alvéolo (Adaptada de Hupp et al., 2018).



Figura 26 - Colocação do hemostático local diretamente no alvéolo dentário (Adaptada de Hupp et al., 2018).

A utilização de medidas hemostáticas extra como o ácido tranexâmico ou o ácido épsilon-aminocapróico são essenciais em pacientes anticoagulados (Costa et al., 2013; Hupp et al., 2018; Ripollés de Ramón et al., 2012; Silva et al., 2013). A medicação sistêmica pode complementar os métodos locais, sendo, ocasionalmente, imprescindível. Em situações de perdas sanguíneas significativas, a compensação ou transfusão de sangue deve ser realizada (V. C. Andrade et al., 2012; Peterson, 2012).

3.4.2. Dor e edema

A dor e o edema são considerados complicações pós-cirúrgicas menores, no entanto, ocorrem com mais frequência. A sintomatologia referida pelo doente não deve ser desvalorizada, podendo estar associada a quadros clínicos de maior gravidade. Os sintomas citados pelo paciente também podem ser confundidos com o incomodo presente no pós-operatório (Cicciù & Sortino, 2011; Rakhshan, 2015).

A dor caracteriza-se por uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano”, relacionando-se com múltiplas condições. A maioria dos pacientes recorrem aos profissionais de saúde para aliviar a existência de sintomatologia dolorosa (Correia & Duran, 2017). Geralmente, a dor inicia-se ao terminar o efeito do anestésico, atingindo o auge durante as primeiras 24 horas após o tratamento dentário (Rakhshan, 2015).

O procedimento cirúrgico origina um processo inflamatório que, através de fatores como a extensão da incisão, a manipulação dos tecidos e a duração da cirurgia, são responsáveis pelo aparecimento do edema (V. C. Andrade et al., 2012; Cicciù & Sortino, 2011).

No final do tratamento cirúrgico, o paciente deve ser instruído a aplicar bolsas de gelo durante 20 minutos, várias vezes ao dia, na zona onde foi realizada a cirurgia. No terceiro dia após o procedimento, a colocação de calor contribui para a redução da dimensão do edema (V. C. Andrade et al., 2012; Peterson, 2012).

De modo a auxiliar na prevenção do edema pós-cirúrgico, a administração de anti-inflamatórios esteroides, separadamente, ou em conjunto com anti-inflamatórios não esteroides, devem ser utilizados no período pré-operatório (V. C. Andrade et al., 2012).

3.4.3. Cuidados pós-operatórios

Após a realização de uma cirurgia oral, o médico dentista é responsável por enunciar, minuciosamente, oralmente ou por escrito, todas as indicações pós-operatórias que o doente deve adotar. Para que o profissional de saúde possa ser informado acerca da condição do doente, um contacto telefónico deve ser concedido para situações de urgência (Hupp et al., 2018).

A intensidade do processo inflamatório está diretamente relacionada com a terapêutica medicamentosa utilizada, a manipulação dos tecidos orais, a resposta inflamatória individual e com o tipo de cirurgia efetuada (Nogueira et al., 2006).

Posteriormente ao procedimento cirúrgico, o paciente deve ser instruído a morder uma gaze durante pelo menos 30 minutos. A gaze deve apresentar-se húmida, de modo a que, ao ser removida, o coágulo formado não se desloque (Hupp et al., 2018). Fatores

como alimentos quentes e a exposição solar devem ser evitados, visto que, promovem aparecimento hemorragias dentárias (E. D. de Andrade, 2014; Nogueira et al., 2006).

Por vezes, após a cirurgia, o doente tende a alimentar-se pouco, seja por receio em traumatizar o local do procedimento, ou por dificuldade em proceder à abertura da boca, assim sendo, deve ser incentivado, nas primeiras 48 horas, a optar por uma dieta mole, fria e líquida (E. D. de Andrade, 2014; Hupp et al., 2018; Nogueira et al., 2006).

O paciente deve evitar fumar nas primeiras 24 horas após a cirurgia e, ao deitar, a cabeça deve permanecer mais elevada que o resto do corpo. Movimentos de sucção e cuspir não devem ser realizados nas 12-24 horas seguintes, tal como exercício físico intenso. A higiene oral apesar de mantida, deve ser cuidadosa, para não entrar em contacto com o local onde foi efetuada a cirurgia. Ao longo do primeiro dia, o paciente deve aplicar compressas de gelo na zona correspondente ao tratamento cirúrgico. Em casos de dor leve, os anti-inflamatórios não esteroides estão indicados (E. D. de Andrade, 2014; Hupp et al., 2018; Nogueira et al., 2006).

III. CONCLUSÃO

Sendo a dor o principal motivo para o comparecimento do doente no serviço de urgências dentárias, a prioridade consistirá em aliviar a sintomatologia dolorosa descrita, e, conseqüentemente, melhorar a abordagem inicial com o paciente.

De modo a obter um diagnóstico adequado, é fundamental que o profissional de saúde estabeleça uma relação de confiança com o doente, que, certamente, contribuirá para a realização de uma história clínica mais detalhada. Comumente, há tendência para sobrevalorizar os meios complementares de diagnóstico, menosprezando a relevância da história clínica. É expectável que, uma melhor relação médico-paciente, promova maior segurança ao doente, e que concorde, prontamente, com o tratamento que o clínico considerar mais pertinente.

Uma vez que a medicina dentária está em constante evolução, é importante que o médico dentista saiba quando e como atuar, respeitando as técnicas mais recentes e apropriadas para cada procedimento, evitando complicações futuras. No entanto, o profissional de saúde deverá proceder, eficazmente, no tratamento de patologias de carácter urgente.

Ainda que as informações presentes relativamente aos cuidados de saúde oral sejam consideráveis, o médico dentista deve esclarecer os riscos associados à não execução de tratamentos dentários, e dos malefícios provocados pelas patologias orais, procurando promover a qualidade de vida do paciente.

IV. BIBLIOGRAFIA

- AAE. (2013). The Treatment of Traumatic Dental Injuries. *AAE Guidelines*, 1–16. https://www.aae.org/specialty/wp-content/uploads/sites/2/2019/02/19_TraumaGuidelines.pdf
- AAE. (2015). Glossary of Endodontic Terms. *Glossary of Endodontic Terms*, 9, 43. <http://www.nxtbook.com/nxtbooks/aae/endodonticglossary2016/#/0>
- AAPD. (2009). Guideline on management of acute dental trauma. *Pediatric Dentistry*, 31(6), 187–193. http://www.mychildrensteeth.org/assets/2/7/G_Trauma.pdf
- Albuquerque, L. A. de, Archer, C. E., Souza, R. M. S. de, Travassos, R. M. C., Gomes, S. G. F., & Santos, R. A. dos. (2011). Prevalência de doenças pulpares e periapicais na Clínica de especialização em Endodontia da FOP/UPE. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 11(1), 1679–5458. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-52102011000100013&script=sci_arttext
- Andrade, E. D. de. (2014). *Terapêutica medicamentosa em odontologia* (3ª edição). Artes Médicas Ltda.
- Andrade, V. C., Rodrigues, R. M., Bacchi, A., Coser, R. C., & Filho, A. M. B. (2012). Complicações e acidentes em cirurgias de terceiros molares - Revisão de literatura. *Saber Científico Odontológico*, 2(1), 27–44. <https://pdfs.semanticscholar.org/e774/9a795318774800a55df5ab0c0cf99b178fa9.pdf>
- Andreasen, J. O., Andreasen, F. M., & Andersson, L. (2018). *Textbook and Color Atlas of Traumatic Injuries to the Teeth*. John Wiley and Sons Ltd.
- Araújo, R. G. De, Pereira, K. F. S., Junqueira-Verardo, L. B., Da Silva, P. G., & Tomazinho, L. F. (2018). O uso do agregado trióxido mineral para tratamento de perfuração lateral radicular - relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 21, 111–115. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180103_165151.pdf

- Bither, R., & Bither, S. (2013). Accidental extrusion of sodium hypochlorite during endodontic treatment: A case report. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene*, 5(3), 21–24. <https://doi.org/10.5897/JDOH2013.0081>
- Bottega, F. H., & Fontana, R. T. (2010). A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(2), 283–290. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000200009>
- Cassal, J. B., & Bavaresco, C. S. (2011). Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. APS*, 14(1), 85–92.
- Chaugule, V. B., Panse, A. M., & Gawali, P. N. (2015). Adverse Reaction of Sodium Hypochlorite during Endodontic Treatment of Primary Teeth. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 8(August), 153–156. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-130>
- Cicciù, M., & Sortino, F. (2011). Strategies used to inhibit postoperative swelling following removal of impacted lower third molar. *Dental Research Journal*, 8(4), 162. <https://doi.org/10.4103/1735-3327.86031>
- Clauder, T., & Shin, S.-J. (2009). Repair of perforations with MTA: clinical applications and mechanisms of action. *Endodontic Topics*, 15(1), 32–55. <https://doi.org/10.1111/j.1601-1546.2009.00242.x>
- Cohen, S., & Hargreaves, K. M. (2011). *Caminhos da Polpa*. Elsevier.
- Colak, K. M., & Kirici, D. Ö. (2019). Flare-up. *Archives of Basic and Clinical Research*, 1(1), 27–33. <https://doi.org/10.5152/ABCR.2019.05>
- Cordeiro, T. O., & Silva, J. L. (2017). Incidência de acidentes e complicações em cirurgias de terceiros molares realizadas em uma clínica escola de cirurgia oral. *Revista de Ciências Da Saúde*, 18(1), 37–40. <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/6514>
- Correia, M. D. L., & Duran, E. C. M. (2017). Conceptual and operational definitions of the components of the nursing diagnosis Acute Pain. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(00132), e2973. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2330.2973>

- Costa, F. W. G., Rodrigues, R. R., Sousa, L. H. T. de, Carvalho, F. S. R., Chaves, F. N., Fernandes, C. P., Pereira, K. M. A., & Soares, E. C. S. (2013). Local hemostatic measures in anticoagulated patients undergoing oral surgery: a systematized literature review. *Acta Cirurgica Brasileira*, 28(1), 78–83. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502013000100013>
- Cotrim, R. M. (2014). Prevalência e Caracterização da Dor Orofacial nos Doentes que Recorreram à Clínica Universitária Egas Moniz. In *Instituto Universitário Egas Moniz*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- del Río, M. T. C. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*, 112, 24–28.
- Dhonge, R. P., Zade, R. M., Gopinath, V., & Amirisetty, R. (2015). An Insight into Pericoronitis. *Journal of International Dental and Medical Research*, 1(6), 172–175. [http://www.ijohmr.com/upload/An Insight Into Pericoronitis.pdf](http://www.ijohmr.com/upload/An%20Insight%20Into%20Pericoronitis.pdf)
- DiAngelis, A. J., Andreasen, J. O., Ebeleseder, K. A., Kenny, D. J., Trope, M., Sigurdsson, A., Andersson, L., Bourguignon, C., Flores, M. T., Hicks, M. L., Lenzi, A. R., Malmgren, B., Moule, A. J., Pohl, Y., & Tsukiboshi, M. (2012). International Association of Dental Traumatology guidelines for the management of traumatic dental injuries: 1. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology*, 28(1), 2–12. <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2011.01103.x>
- Dinesh, D. S., Karthikeyan, R., Sathyanarayanan, R., & Tandri, S. B. (2013). Complications During Root Canal Irrigation and Their Management. *Bhavnagar University's Journal of Dentistry*, 3(2), 50–53. [http://www.bujod.in/may2013/BUJOD 2013-may-9.pdf](http://www.bujod.in/may2013/BUJOD%202013-may-9.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/programa-nacional-de-controlo-da-dor-circular-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Prescrição de Antibióticos em Patologia Dentária*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0642011-de-30122011-jpg.aspx>

- Douglass, A. B., & Douglass, J. M. (2003). Common dental emergencies. *American Family Physician*, 67(3), 511–516. <https://www.aafp.org/afp/2003/0201/p511.pdf>
- Esteves, H., & Suárez Quintanilla, J. M. (2011). Optimização da anamnese em Medicina Dentária. In *Cadernos de Saúde* (Vol. 4, Issue 2).
- Estrela, C., Decurcio, D. de A., Rossi-Fedele, G., Silva, J. A., Guedes, O. A., & Borges, Á. H. (2018). Root perforations : a review of diagnosis, prognosis and materials. *Brazilian Oral Research*, 32, 133–146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2018.vol32.0073>
- Farias, A. J. C. de, Costa, C. C. O., Brasil, H. T. de O., Santana, I. P. de, Silva, J. A. C. da, Araújo, K. G. dos S., Santos, L. M. M., & Negreiros, J. H. C. N. (2020). Métodos e agentes hemostáticos para controle de hemorragia em atendimentos de urgência odontológica. *Brazilian Journal of Development*, 6(6), 34290–34304. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-104>
- Ferneini, E. M., & Goupil, M. T. (2019). *Evidence-Based Oral Surgery* (E. M. Ferneini & M. T. Goupil (eds.)). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-91361-2>
- Flores, M. T., Andersson, L., Andreasen, J. O., Bakland, L. K., Malmgren, B., Barnett, F., Bourguignon, C., DiAngelis, A., Hicks, L., Sigurdsson, A., Trope, M., Tsukiboshi, M., & Von Arx, T. (2007). Guidelines for the management of traumatic dental injuries. I. Fractures and luxations of permanent teeth. *Dental Traumatology*, 23(2), 66–71. <https://doi.org/10.1111/j.1600-9657.2007.00592.x>
- Guimarães, K. G. R., & Andrade, J. P. de O. S. (2015). Métodos e desafios enfrentados pela enfermagem quanto a avaliação da dor (quinto sinal vital). *Revista de Iniciação Científica Da Universidade Vale Do Rio Verde*, 5(1), 33–41.
- Guvenc, D., Gokbuget, A. Y., Cintan, S., Kara, G., Cifcibasi, E. Y., Unuvar, E., Ciftci, S., Keskin, F., Kulekci, G., Yaltirik, M., & Kilicoglu, H. (2009). An Atypical Form of Necrotizing Periodontitis. *Journal of Periodontology*, 80(9), 1548–1553. <https://doi.org/10.1902/jop.2009.090146>
- Hanna, L., Alcântara, H., Damasceno, J., & Santos, M. (2014). Conhecimento dos

- Cirurgiões Dentistas diante Urgência/ Emergência Médica. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 14(2), 79–80.
- Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M. A., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos En Medicina Familiar*, 8(2), 137–143. <https://www.redalyc.org/pdf/507/50712789005.pdf>
- Herrera, D., Alonso, B., de Arriba, L., Santa Cruz, I., Serrano, C., & Sanz, M. (2014). Acute periodontal lesions. *Periodontology* 2000, 65(1), 149–177. <https://doi.org/10.1111/prd.12022>
- Herrera, D., Retamal-Valdes, B., Alonso, B., & Feres, M. (2018). Acute periodontal lesions (periodontal abscesses and necrotizing periodontal diseases) and endo-periodontal lesions. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(October 2016), S78–S94. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12941>
- Hupp, J. R., Ellis, E. R., & Tucker, M. R. (2018). *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery*. Elsevier.
- Jayakodi, H., Kailasam, S., Kumaravadivel, K., Thangavelu, B., & Mathew, S. (2012). Clinical and pharmacological management of endodontic flare-up. *Journal of Pharmacy and Bioallied Sciences*, 4, 294–299. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.100277>
- Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A., & Garcia Rocha, R. (2003). Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Revista de Saude Publica*, 37(6), 786–792. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102003000600015>
- Kato, R. B., Bueno, R. de B. L., Neto, P. J. de O., Ribeiro, M. C., & Azenha, M. R. (2010). Acidentes e Complicações Associadas à Cirurgia dos Terceiros Molares Realizada por Alunos de Odontologia. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 10(4), 45–54. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rctbmf/v10n4/a09v10n4.pdf>
- Katsarou, T., Kapsalas, A., Souliou, C., Stefaniotis, T., & Kalyvas, D. (2019). Pericoronitis: A clinical and epidemiological study in greek military recruits.

- Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 11(2), e133–e137.
<https://doi.org/10.4317/jced.55383>
- Keine, K. C., Kuga, M. C., Pereira, K. F., Diniz, A. C. S., Tonetto, M. R., Galoza, M. O. G., Magro, M. G., de Barros, Y. B. A. M., Bandéca, M. C., & de Andrade, M. F. (2015). Differential diagnosis and treatment proposal for acute endodontic infection. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 16(10), 977–983.
<https://doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1791>
- Kirchhoff, A. L., Viapiana, R., & Ribeiro, R. G. (2013). Repercussões periapicais em dentes com necrose pulpar. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 61, 469–475.
<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v61s1/a07v61s1.pdf>
- Lam, R. (2016). Epidemiology and outcomes of traumatic dental injuries: A review of the literature. *Australian Dental Journal*, 61, 4–20. <https://doi.org/10.1111/adj.12395>
- Lang, N. P., & Lindhe, J. (2015). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Wiley-Blackwell.
- Leonardi, D. P., Giovanini, A. F., Almeida, S., Schramm, C. A., & Baratto-Filho, F. (2011). Alterações pulpares e periapicais. *RSBO*, 8(4), 47–61.
http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-56852011000400019
- Lopes, H. P., & Siqueira Jr., J. F. (2015). *Endodontia - Biologia e Técnica*. Elsevier.
- Macena, M. C. B., Leite, A. C., Colares, V., Vieira, S., & Neto, L. G. de C. (2009). Protocolo clínico de avaliação e conduta no traumatismo dentário. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 22(2), 120–127.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.5020/356>
- Maffei, M. S., Palhano, E., Souza, J. G. M. V., & Lazzarin, H. C. (2016). Avaliação do conhecimento popular dos funcionários da eco cataratas em saúde bucal. *Odontologia Clínica-Científica*, 15(2), 119–122.
<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v15n2/a08v15n2.pdf>
- Martins, E. P., Oliveira, O. R. de, Bezerra, S. R. S., & Dourado, A. T. (2014). Estudo

- epidemiológico de urgências odontológicas da FOP/UPE. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 19(3), 316–322. <https://doi.org/10.5335/rfo.v19i3.4014>
- Meisel, P., & Kocher, T. (2005). Photodynamic therapy for periodontal diseases: State of the art. *Journal of Photochemistry and Photobiology B: Biology*, 79(2), 159–170. <https://doi.org/10.1016/j.jphotobiol.2004.11.023>
- Mente, J., Leo, M., Panagidis, D., Saure, D., & Pfefferle, T. (2014). Treatment Outcome of Mineral Trioxide Aggregate : Repair of Root Perforations - Long-term Results. *Journal of Endodontics*, 40(6), 790–796. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2014.02.003>
- Moura, L. B., Blasco, M. A. P., & Machado, H. H. (2010). Epidemiologia Dos Pacientes Atendidos No Serviço De Urgência Da Unidade de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da FO-UFPEL. *Xii Enpos*, October. https://www.researchgate.net/profile/Lucas_Moura5/publication/310605216_EPIDEMIOLOGIA_DOS_PACIENTES_ATENDIDOS_NO_SERVICO_DE_URGENCIA_DA_UNIDADE_DE_CIRURGIA_BUCO-MAXILO-FACIAL_DA_FO-UFPEL/links/5833171c08ae004f74c58735.pdf
- Munerato, M. C., Fiaminghi, D. L., & Petry, P. C. (2005). Emergencies in dentistry: a retrospective study. In *R. Fac. Odonto.* (Vol. 46, Issue 1, pp. 90–95).
- Muñoz Smitmans, C., Inostroza Alarcón, Y., Moreno, J., & Díaz Condal, C. (2010). Epidemiología y Tratamiento de la Pericoronaritis Aguda en el Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago, Chile. *International Journal of Odontostomatology*, 4(3), 241–244. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2010000300006>
- Nogueira, A. S., Vasconcelos, B. C. do E., Frota, R., & Cardoso, Á. B. (2006). Rientações Pós-Operatórias em Cirurgia Bucal. *Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada e Saúde Bucal Coletiva*, 1–6. <http://www.odontologiasobral.ufc.br/wp-content/uploads/2010/02/artigo009.pdf>
- Odell, E. (2017). *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine*. Elsevier.
- Olsburgh, S., Jacoby, T., & Krejci, I. (2002). Crown fractures in the permanent dentition: Pulpal and restorative considerations. *Dental Traumatology*, 18(3), 103–115. <https://doi.org/10.1034/j.1600-9657.2002.00004.x>

- Pedrini, D., Panzarini, S. R., Poi, W. R., Sundefeld, M. L. M. M., & Tiveron, A. R. F. (2011). Dentists' level of knowledge of the treatment plans for periodontal ligament injuries after dentoalveolar trauma. *Brazilian Oral Research*, 25(4), 307–313. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242011000400005>
- Pedrini, D., Panzarini, S. R., Tiveron, A. R. F., Abreu, V. M. de, Sonoda, C. K., Poi, W. R., & Brandini, D. A. (2018). Evaluation of cases of concussion and subluxation in the permanent dentition: a retrospective study. *Journal of Applied Oral Science*, 26, 1–7. <https://doi.org/10.1590/1678-7757-2017-0287>
- Petersen, P. E., & Ogawa, H. (2012). The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. *Periodontology 2000*, 60(1), 15–39. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2011.00425.x>
- Peterson, L. J. (2012). *Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial Surgery*. People's Medical Publishing House.
- Pinto, E. C., Barros, V. J. de A., Coelho, M. de Q., & Costa, S. de M. (2012). Emergency dental services in a Health Unit linked to the Family Healthcare Strategy of Montes Claros, Minas Gerais. *Arq Odontol*, 48(3), 166–174. <https://doi.org/10.7308/aodontol/2012.48.3.07>
- Pourabbas, R., Kashefimehr, A., Rahmanpour, N., Babaloo, Z., Kishen, A., Tenenbaum, H. C., & Azarpazhooh, A. (2014). Effects of Photodynamic Therapy on Clinical and Gingival Crevicular Fluid Inflammatory Biomarkers in Chronic Periodontitis: A Split-Mouth Randomized Clinical Trial. *Journal of Periodontology*, 85(9), 1222–1229. <https://doi.org/10.1902/jop.2014.130464>
- Rakhshan, V. (2015). Common risk factors for postoperative pain following the extraction of wisdom teeth. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 41(2), 59. <https://doi.org/10.5125/jkaoms.2015.41.2.59>
- Rao, R. (2009). Endodontic Diagnosis. In *Advanced Endodontics* (Vol. 112, Issue 11, pp. 1–1). Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd. https://doi.org/10.5005/jp/books/10028_1
- Resende, F. D. O., Cardoso, R. M., Ferraz, N. M. P., Souza, R. M. S. de, & Ferreira, G.

- D. S. (2019). Tratamento com MTA Repair HP de extensa perfuração radicular após iatrogenia: relato de caso. *Revista Da Faculdade de Odontologia - UPF*, 24(1), 120–126. <https://doi.org/10.5335/rfo.v24i1.9006>
- Ripollés de Ramón, J., Gómez Font, R., Muñoz-Corcuera, M., & Bascones Martínez, A. (2012). Actualización en los protocolos de extracción dental en pacientes anticoagulados. *Avances En Odontoestomatología*, 28(6), 311–320. <https://doi.org/10.4321/S0213-12852012000600006>
- Rodrigues, A. S., Castilho, T., Antunes, L. A. A., & Antunes, L. dos S. (2015). Perfil Epidemiológico dos Traumatismos Dentários em Crianças e Adolescentes no Brasil. *Journal of Health Sciences*, 17(4), 277–278. <https://doi.org/https://doi.org/10.17921/2447-8938.2015v17n4p%25p>
- Rodrigues, J. E. M., Cangussu, I. S., & Figueiredo, N. F. (2015). Abscesso periapical versus periodontal: Diagnóstico diferencial - Revisão de literatura. *Arquivo Brasileiro de Odontologia*, 11(1), 5–9. [file:///C:/Users/Catarina/Desktop/14935-Texto do artigo-52493-1-10-20170504.pdf](file:///C:/Users/Catarina/Desktop/14935-Texto%20do%20artigo-52493-1-10-20170504.pdf)
- Sanabe, M. E., Cavalcante, L. B., Coldebella, C. R., & Abreu-e-Lima, F. C. B. de. (2009). Urgências em traumatismos dentários: classificação, características e procedimentos. *Revista Paulista de Pediatria*, 27(4), 447–451. <https://doi.org/10.1590/s0103-05822009000400015>
- Sanchez, H. F., & Drumond, M. M. (2011). Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 59(1), 79–86. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-86372011000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Schetrith, A. (2010). Practical Periodontal Diagnosis and Treatment Planning. *Implant Dentistry*, 19(3), 177. <https://doi.org/10.1097/ID.0b013e3181e2f70b>
- Sencimen, M., Saygun, I., Gulses, A., Bal, V., Acikel, C. H., & Kubar, A. (2014). Evaluation of periodontal pathogens of the mandibular third molar pericoronitis by using real time PCR. *International Dental Journal*, 64(4), 200–205. <https://doi.org/10.1111/idj.12109>

- Silva, R. V., Gadelha, T. B., Franco, I. C. M. de A., Ferreira, M. F., & Torres, S. R. (2013). O uso do ácido epsilon amino caproico intra-alveolar para o controle do Sangramento pós-exodontia em pacientes anticoagulados. *Revista Brasileira de Odontologia*, 70(1), 17–21. <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v70n1/a05v70n1.pdf>
- Singh, A. K., & Saxena, A. (2015). The periodontal abscess : A review. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 14(11), 81–86. <https://doi.org/10.9790/0853-141138186>
- Sipavičiūtė, E., & Manelienė, R. (2014). Pain and fl are-up after endodontic treatment procedures. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 16(1), 25–30. <https://sbdmj.lsmuni.lt/141/141-05.pdf>
- Souza, C. H. de C. e, Dantas-Neta, N. B., Laurentino, J. B., Nunes-dos-Santos, D. L., Prado Júnior, R. R., & Mendes, R. F. (2013). Fatores de risco relacionados à condição de saúde periodontal em universitários. *Revista de Odontologia Da UNESP*, 42(3), 152–159. <https://doi.org/10.1590/s1807-25772013000300002>
- Souza, F. J. de, Soares, A. de J., Gomes, B. P. F. de A., Zaia, A. A., Ferraz, C. C. R., & Almeida, J. F. A. de. (2009). Avaliação das injúrias dentárias observadas no Centro de Trauma Dental da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. *Rfo*, 14, 111–116. <https://doi.org/10.5335/rfo.v14i2.717>
- Teixeira, B. C. S., Cerqueira, J. D. M., Sardinha, S. de C. S., & Carvalho, É. dos S. (2019). Abordagem terapêutica de fratura radicular com 30 meses de acompanhamento: relato de caso clínico. *Revista Odontológica Do Brasil Central*, 28(85), 82–86. <https://doi.org/https://doi.org/10.36065/robrac.v28i85.1307>
- Tsesis, I., Rosenberg, E., Faivishevsky, V., Kfir, A., Katz, M., & Rosen, E. (2010). Prevalence and Associated Periodontal Status of Teeth with Root Perforation: A Retrospective Study of 2,002 Patients' Medical Records. *Journal of Endodontics*, 36(5), 797–800. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2010.02.012>
- Vasconcelos Tavares, A. de, Alcoforado, G., Almeida, A. de, Caramês, J., Casaca, C., Coelho, A., Coelho, P. V., Felino, A., Figueiral, M. H., Ginjeira, A., Marques, P. F., Morais Branco, F., Mourão, T., Noronha, S., Pereira, I. G., & Rodrigues, M. J. (2015). *Manual de Urgências em Medicina Oral*. Lidel.

- Vieira, T. R., Péret, A. D. C. A., & Péret Filho, L. A. (2010). Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes. *Revista Paulista de Pediatria*, 28(2), 237–243. <https://doi.org/10.1590/s0103-05822010000200017>
- Wehr, C., Cruz, G., Young, S., & Fakhouri, W. D. (2019). An insight into acute pericoronitis and the need for an evidence-based standard of care. *Dentistry Journal*, 7(3), 1–10. <https://doi.org/10.3390/dj7030088>
- Wuani E., H. (2010). *La historia clínica. Evolución histórica, objetivos. Su importancia. La tecnología y la relación médico-paciente, hoy y mañana*. 26(3), 139–151. <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/297/290>
- Zaleckiene, V., Peciuliene, V., Brukiene, V., & Drukteinis, S. (2014). Traumatic dental injuries: etiology, prevalence and possible outcomes. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 16(1), 7–14. <https://sbdmj.lsmuni.lt/141/141-02.pdf>
- Zhu, W., Gyamfi, J., Niu, L., Schoeffel, G. J., Liu, S., Santarcangelo, F., Khan, S., Tay, K. C.-Y., Pashley, D. H., & Tay, F. R. (2013). Anatomy of Sodium Hypochlorite Accidents Involving Facial Ecchymosis - A Review. *Journal of Dentistry*, 41(11), 935–948. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2013.08.012>.Anatomy