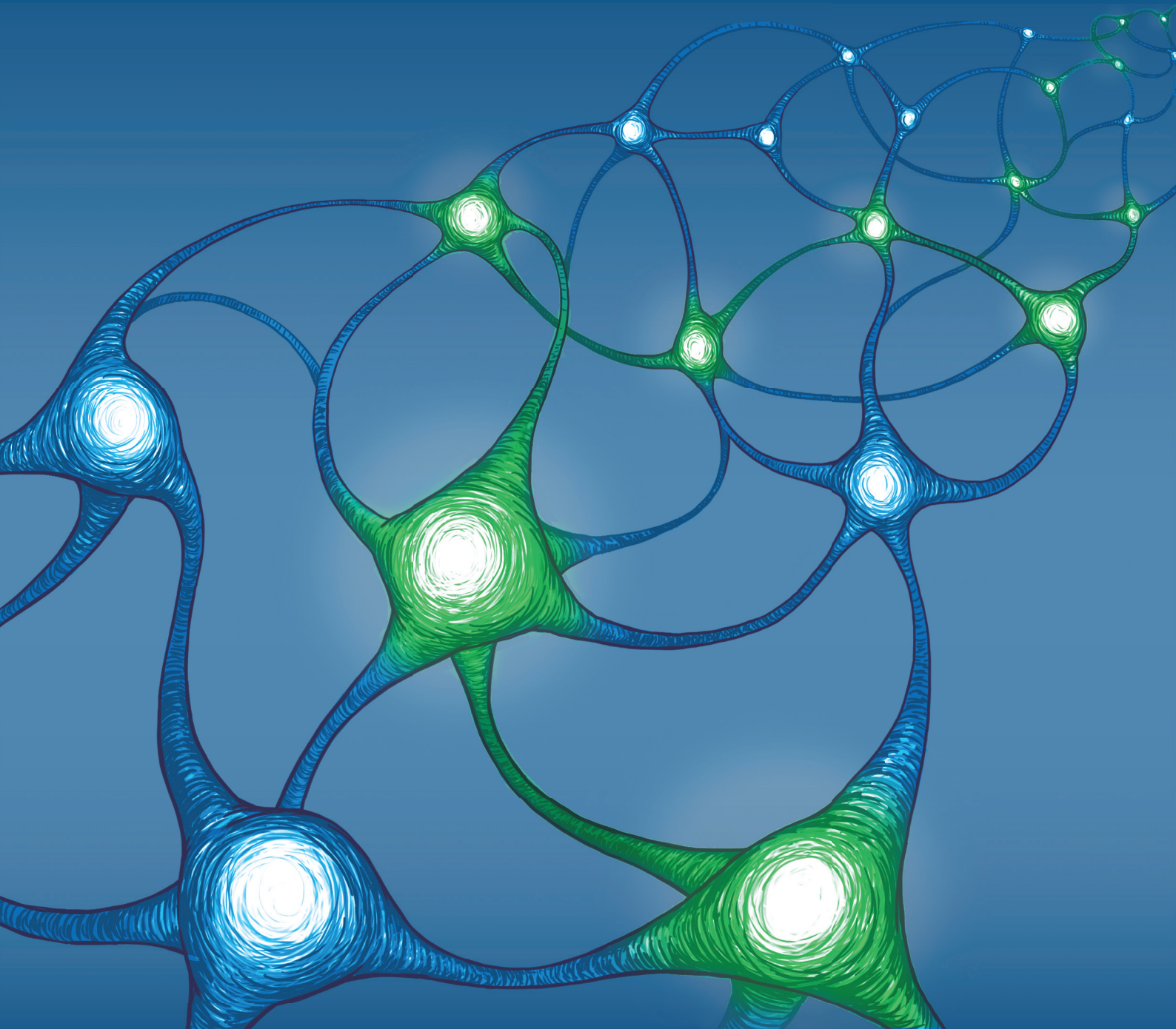


EVENTOS AGUDOS NA ATENÇÃO BÁSICA



Dor de Origem Periodontal e na Mucosa

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sergio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretor Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Lúcio José Botelho

Coordenador do Curso de Capacitação Rodrigo Otávio Moretti-Pires

COMITÊ GESTOR

Coordenadora de Produção de Material Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de AVA Antonio Fernando Boing

Coordenadora Acadêmica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

EQUIPE EAD

Douglas Kovaleski

Isabela Oliveira

Thays Berger Conceição

Carolina Carvalho Bolsoni

AUTORES

Filipe Modolo Siqueira

REVISORES DE CONTEÚDO

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Calvino Reibnitz Junior

REVISOR EXTERNO

Eduardo Chaves de Souza

ASSESSORA PEDAGÓGICA

Marcia Regina Luz

**EVENTOS AGUDOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

**Dor de Origem
Periodontal e na Mucosa**



© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte. ISBN – 978-85-8267-027-9

Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC
Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável:
Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588e Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Eventos Agudos na Atenção Básica.

Eventos agudos na atenção básica [recurso eletrônico]: dor de origem periodontal e na mucosa / Universidade Federal de Santa Catarina; Filipe Modolo Siqueira. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2013.

20 p.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Ações Preventivas. – Conceito e Classificação. – Avaliação e Diagnóstico Diferencial. – Indicações de Encaminhamento e Monitoramento. – Resumo do Módulo.

ISBN: 978-85-8267-027-9

1. Atenção primária à saúde. 2. Dor. 3. Periodontia. 4. Mucosa Dental. 4. Odontologia preventiva. 5. Gengivite. I. UFSC. II. Siqueira, Filipe Modolo. III. Título.

CDU: 37.018.43:616.314

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira e Marialice de Moraes

Coordenação de Design Instrucional: Andreia Mara Fiala

Coordenação de Design Gráfico: Giovana Schuelter

Design Instrucional Master: Agnes Sanfelici

Design Instrucional: Soraya Falqueiro

Revisão de Português: Barbara da Silveira Vieira, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

1. Introdução.....	9
2. Ações Preventivas.....	9
3. Conceito e Classificação.....	10
3.1 Agravos e doenças que causam dor de origem periodontal.....	10
3.1.1 Impacção alimentar.....	10
3.1.2 Gingivite relacionada à placa dentária.....	10
3.1.3 Periodontite crônica relacionada à placa dentária.....	11
3.1.4 Abscesso periodontal.....	11
3.1.5 Pericoronarite.....	11
3.1.6 Gingivite ulcerativa necrosante [GUN].....	12
3.1.7 Gingivites descamativas.....	12
3.2 Agravos e doenças que causam dor na mucosa.....	12
3.2.1 Mucosite.....	12
3.2.2 Estomatite aftosa recorrente.....	12
3.2.3 Gingivostomatite herpética aguda [GEHA].....	13
3.2.4 Doenças imunomediadas.....	13
4. Avaliação e Diagnóstico diferencial.....	13
4.1 Agravos e doenças que causam dor de origem periodontal.....	13
4.1.1 Impacção Alimentar.....	13
4.1.2 Gingivite relacionada à placa dentária.....	13
4.1.3 Periodontite crônica relacionada à placa dentária.....	13
4.1.4 Abscessos periodontais.....	14
4.1.5 Pericoronarite.....	14
4.1.6 Gingivite ulcerativa necrosante [GUN].....	14
4.1.7 Gingivite descamativa.....	14
4.2 Agravos e doenças que causam dor na mucosa.....	15
4.2.1 Mucosite.....	15
4.2.2 Estomatite aftosa recorrente.....	15
4.2.3 Gingivostomatite herpética aguda [GEHA].....	15
4.2.4 Doenças imunomediadas.....	15

5. Abordagem inicial.....	16
5.1 Agravos e doenças que causam dor de origem periodontal.....	16
5.1.1 Impacção alimentar.....	16
5.1.2 Gengivite relacionada à placa dentária.....	16
5.1.3 Periodontite crônica relacionada à placa dentária.....	16
5.1.4 Abscesso periodontal.....	16
5.1.5 Pericoronarite.....	17
5.1.6 Gengivite ulcerativa necrosante [GUN].....	17
5.1.7 Gengivites descamativas.....	17
5.2 Agravos e doenças que causam dor na mucosa.....	17
5.2.1 Mucosite.....	17
5.2.2 Estomatite aftosa recorrente.....	17
5.2.3 Gengivostomatite herpética aguda [GEHA].....	17
6. Indicações de encaminhamento e monitoramento.....	18
7. Resumo do Módulo.....	18
Referências.....	19
Autores.....	20
Anexos.....	21

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro aluno,

A dor é a manifestação mais comum que o usuário apresenta ao demandar por serviços odontológicos de urgência. A Atenção Básica possui papel fundamental em dar repostas resolutivas às diversas situações de dor, sejam dentárias, peridentárias ou na mucosa bucal.

Neste módulo, você vai aprender como enfrentar com resolutividade as situações agudas relacionadas à dor na cavidade bucal. Este conteúdo trata sobre a abordagem da dor de origem periodontal em situações de impacção alimentar, gengivite, periodontite, abscesso periodontal, pericoronarite, gengivite ulcerativa necrosante e gengivites descamativas. Já a abordagem da dor na mucosa bucal orienta os procedimentos nos casos de estomatite, mucosite, gengivoestomatite herpética aguda e dor como a repercussão de doenças imunomediadas.

Tenha um bom estudo!

A Coordenação.

Ementa da Unidade

Abordagem da dor de origem periodontal. Impacção alimentar. Gengivite relacionada à placa dentária. Periodontite crônica relacionada à placa dentária. Abscesso periodontal. Pericoronarite. Gengivite e periodontite ulcerativa necrosante. Gengivites descamativas. Abordagem da dor de origem na mucosa bucal. Estomatite aftosa recorrente. Mucosite. Gengivoestomatite herpética aguda (GEHA). Doenças imunomediadas.

Objetivos de Aprendizagem

- revisar os conceitos das principais doenças causadoras da dor de origem periodontal e na mucosa oral;
- classificar as doenças de acordo com a sua localização e os tecidos envolvidos;
- definir a conduta do profissional da Odontologia para o atendimento de pacientes portadores da dor de origem periodontal e na mucosa oral, com vistas ao estabelecimento do diagnóstico e abordagem inicial.

Carga Horária

30 horas

1. INTRODUÇÃO

A dor de origem periodontal é um evento muito comum no cotidiano do cirurgião dentista (CD), pois está relacionada principalmente à presença das doenças periodontais. Essa classe de doenças abrange diferentes etiologias, manifestações clínicas e tratamentos, muito embora tenham como denominador comum a relação direta, principalmente com o acúmulo de placa dentária e ocasionalmente com a impação alimentar.

Os resultados da pesquisa Nacional em Saúde Bucal (BRASIL, 2011), que foram apresentados em 2011, reportam que a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos de idade à vida adulta, decrescendo nos idosos.

No Brasil, cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. A presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos, próximo dos 64%, declinando nos idosos. Bolsas periodontais rasas acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 a 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 a 44 anos e 14% dos idosos. As bolsas profundas são mais raras, atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos (BRASIL, 2011).

Neste contexto, ressalta-se a importância do estudo das gengivites e periodontites como doenças isoladas ou como fatores contribuintes para o estabelecimento de doenças periodontais mais graves. É obrigação do cirurgião dentista diagnosticar e promover a conduta necessária para a sua prevenção e seu tratamento ou para o encaminhamento do paciente a um profissional de saúde de referência.

O atendimento de um paciente com queixa de dor na mucosa bucal é um evento relevante, pois, apesar de esta não figurar entre as queixas mais comuns no seu cotidiano, costuma estar relacionada a diversas doenças, locais ou sistêmicas, normalmente de complexo diagnóstico e tratamento.

Os conteúdos disponibilizados a partir deste ponto também vão abordar as lesões da mucosa bucal que causam sintomatologia dolorosa. São lesões importantes e o cirurgião dentista da Atenção Básica tem a obrigação de iniciar o processo de diagnóstico e de promover a abordagem inicial para alívio dos sintomas.

2. AÇÕES PREVENTIVAS

Especificamente as dores de origem periodontal têm, em sua grande maioria, etiologia relacionada ao acúmulo de placa dentária e, portanto, sua prevenção está relacionada diretamente com a qualidade da higiene bucal.

Nesse sentido, o aspecto da dieta do paciente é fundamental na prevenção das doenças periodontais. Devido ao metabolismo bacteriano relacionado à placa dental, tanto a ingestão de carboidratos como a frequência de ingestão diária são muito importantes, uma vez que quanto maior a frequência maior a chance de formação da placa bacteriana.

A presença da placa bacteriana promove sangramento e inflamação gengival, além de mau hálito. Pode ocasionar o aumento da mobilidade dos dentes, gengivas avermelhadas, inchadas ou retraídas. Ao sofrer mineralização, a placa bacteriana forma o cálculo dental, que, em conjunto com a primeira, potencializa a destruição das fibras gengivais e do ligamento periodontal, comprometendo as estruturas ósseas que sustentam o dente em longo prazo. O tabagismo é outro fator relacionado e que exige medidas preventivas.

A prevenção das afecções gengivais está relacionada à correta higienização, através da escovação com técnica e escova adequadas e uso do fio dental. No consultório odontológico, a limpeza dental profilática é extremamente importante, principalmente em placa bacteriana acumulada ou em fase de mineralização (transformação em cálculo dental).

3. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO

A seguir abordaremos o conceito e a classificação da dor de origem periodontal e na mucosa, compreendendo agravos e doenças que as causam. É importante conhecermos tais fatores para melhor e mais rapidamente atuarmos em situações agudas.

3.1 Agravos e doenças que causam dor de origem periodontal

3.1.1 Impacção alimentar

A impacção alimentar e o acúmulo de placa dentária normalmente resultam em inflamação dos tecidos periodontais. As consequências do acúmulo de placa dentária serão abordadas em cada uma das doenças a seguir, no entanto, é importante dedicar um pouco de atenção para a impacção alimentar.

A impacção alimentar não tem relação direta com higiene bucal deficiente e, portanto, pode ser encontrada em qualquer perfil de paciente, mesmo aqueles com saúde bucal exemplar. Ela ocasiona problemas aos pacientes devido à irritação local da gengiva pelo trauma físico da impacção, pelas toxinas dos microorganismos que proliferam no local e pela degradação dos resíduos alimentares impactados.

3.1.2 Gengivite relacionada à placa dentária

A gengivite é uma inflamação gengival na qual o epitélio juncional permanece aderido ao dente em seu nível original, ou seja, não há perda de inserção periodontal. Estima-se que essa doença estabeleça-se em duas a três semanas após o início do acúmulo de placa.

Diversos fatores de risco estão relacionados à gengivite e estes podem ser divididos em fatores locais e fatores sistêmicos. Alguns deles são facilmente encontrados nos pacientes atendidos nas unidades de saúde e poderão ser resolvidos pelo cirurgião dentista generalista. Outros exigirão procedimentos mais complexos, a serem executados em conjunto com outros profissionais de saúde e em um momento posterior ao atendimento de urgência.

Dentre os principais fatores de risco locais, encontram-se as condições que propiciam acúmulo de placa ou impacção alimentar, dificultam a higiene ou irritam diretamente a gengiva, como:

- anatomia dentária e gengival anormais;
- alinhamento dentário incorreto do tipo apinhamento e sobreposição;
- relação oclusal e interproximal incorreta dos dentes;
- restaurações proximais com contornos incorretos, como diastemas ou sobrecontornos;

- trauma local persistente, ocasionado pela má higienização e alimentação;
- lesões de cáries subgengivais;
- fraturas dentais;
- recessões gengivais;
- inserção alta do freio labial;
- próteses removíveis;
- aparelhos ortodônticos;
- respiração bucal;
- tabagismo.

Já quando se estudam os fatores de risco sistêmicos, observam-se situações que exigem o trabalho conjunto com outros profissionais de saúde. Na gravidez, por exemplo, ou nos tratamentos com hormônios sexuais (que levam a resposta exagerada a **agressões leves**¹), em doenças que ocasionam alterações vasculares e inflamação como as disfunções endócrinas (*diabetes melito*) e algumas doenças sanguíneas (leucemia e neutropenia) ou pacientes que fazem uso de determinadas drogas para tratamentos de doenças sistêmicas (antiepilépticos, imunossuppressores, anti-inflamatórios não esteroidais e bloqueadores de canais de cálcio), em casos de distúrbios nutricionais severos (diminuição ou ausência de componentes essenciais ao funcionamento e à integridade dos tecidos periodontais) e em casos de imunossupressão.

Os pacientes portadores de gengivite associada à placa inserem-se em larga faixa etária, desde crianças e adolescentes até pacientes idosos, mas normalmente são homens. A queixa principal dos pacientes é a presença de dor e sangramento gengival, principalmente quando há **estimulação mecânica das gengivas**². Muitas vezes os pacientes queixam-se de que sua gengiva encontra-se muito avermelhada. Esses sintomas podem ocorrer de forma localizada ou de forma generalizada.

¹ As agressões leves podem ser caracterizadas como agressões comuns sofridas no dia a dia e que, em pacientes sem risco sistêmico, não causariam doença, por exemplo, acúmulos temporários de pequenas quantidades de placa bacteriana.

² A estimulação mecânica das gengivas são, principalmente, os momentos da alimentação e da higienização.

3.1.3 Periodontite crônica relacionada à placa dentária

A periodontite crônica relacionada à placa dentária é uma inflamação periodontal, que abrange tanto o periodonto de proteção quanto o periodonto de sustentação, levando à perda de inserção periodontal e óssea alveolar. Seus fatores de risco são praticamente os mesmos estudados na gengivite, e também podem ser divididos em fatores locais e fatores sistêmicos. Os principais fatores de risco locais são as condições que levam ao acúmulo de placa ou impacção alimentar, dificultam a higiene ou irritam diretamente a gengiva como a anatomia dentária e gengival anormais, alinhamento dentário incorreto do tipo apinhamento e sobreposição, relação oclusal e interproximal incorreta dos dentes, restaurações proximais com contornos incorretos como diastemas ou sobrecontornos, trauma local persistente ocasionado pela má higienização e alimentação, lesões de cáries subgengivais, fraturas dentais, recessões gengivais, inserção alta do freio labial, próteses removíveis, aparelhos ortodônticos, respiração bucal e tabagismo.

Entre os principais fatores de risco sistêmicos, encontram-se a gravidez, os tratamentos com hormônios sexuais, as doenças que ocasionam alterações vasculares e inflamação como as disfunções endócrinas (*diabetes melito*) e algumas doenças sanguíneas (leucemia e neutropenia) ou pacientes que fazem uso de determinadas drogas para tratamentos de doenças sistêmicas (antiepilépticos, imunossupressores, anti-inflamatórios não esteroidais e bloqueadores de canais de cálcio), os casos de distúrbios nutricionais severos (diminuição ou ausência de componentes essenciais ao funcionamento e a integridade dos tecidos periodontais) e os casos de imunossupressão.

3.1.4 Abscesso periodontal

O abscesso periodontal é caracterizado por uma área localizada de inflamação supurativa proveniente de dentro dos tecidos periodontais que envolvem um dente, com comprometimento da gengiva, inserção periodontal e osso alveolar adjacentes. Normalmente, é uma evolução da periodontite, ou seja, tem relação com bolsa periodontal preexistente, sendo causado pelo aumento na agressividade das bactérias presentes na bolsa periodontal, pela diminuição de efetividade nas defesas do hospedeiro ou ambos. Outra causa possível seria a obstrução de uma bolsa periodontal preexistente ou a inserção de corpos estranhos nos tecidos periodontais, como, por exemplo, impacção alimentar.

Os abscessos periodontais podem ser divididos em duas classes de acordo com sua origem:

1. **Abscesso relacionado à periodontite:** quando a infecção aguda se origina do biofilme presente em bolsas periodontais profundas;
2. **Abscesso não relacionado à periodontite:** quando a infecção aguda se origina de outra fonte local, como impacção por corpos estranhos ou alterações na integridade da raiz.

É importante não confundir o abscesso periodontal com o abscesso gengival, uma lesão semelhante, porém restrita à gengiva marginal ou interdentária, sem envolvimento do ligamento periodontal ou osso alveolar adjacente.

Os pacientes portadores de abscesso periodontal normalmente são adultos, que se queixam de aumento de volume em gengiva, lateralmente a um dente com problema periodontal. Acompanha esse aumento de volume uma dor local intensa, contínua, pulsátil, normalmente aumentada durante a mastigação, exudação purulenta na margem gengival, com possível aumento de mobilidade e extrusão dental. Além disso, halitose, febre e mal-estar podem estar presentes.

3.1.5 Pericoronarite

A pericoronarite é a inflamação dos tecidos moles ao redor da coroa de um dente parcialmente irrompido – erupção incompleta – normalmente terceiros molares inferiores, causada pelo acúmulo de restos alimentares e placa dentária entre a coroa dentária e a gengiva (ou capuz pericoronário) que a recobre. Esse espaço entre dente e gengiva favorece o acúmulo de restos alimentares, tornando-se um nicho de proliferação bacteriana e, conseqüentemente, a formação de um processo inflamatório.

A pericoronarite pode ser crônica e, portanto, assintomática durante longo período. No entanto, na maioria dos casos, devido ao aprisionamento de restos alimentares e bactérias que não podem ser retirados durante a higiene bucal rotineira da região entre o capuz e a coroa dental, uma doença aguda manifesta-se com um quadro de edema tecidual e dor intensa. O edema leva a inchaço dos tecidos, o que predispõe o trauma produzido pelo dente antagonista e exacerbação da inflamação e da dor.

O paciente portador de tal lesão queixa-se de dor extrema e inchaço localizado na região gengival que recobre o dente afetado. Por vezes, a dor pode irradiar para a garganta, orelha ou assoalho bucal, agravando as condições do paciente e tornando mais difícil o processo de investigação. O paciente pode relatar sensação esporádica de gosto desagradável devido

à exsudação de pus, desconforto ao engolir – edema em região posterior – e ainda apresentar limitação na abertura de boca (trismo) ou dificuldade no fechamento das arcadas.

Como manifestações sistêmicas, o paciente pode relatar episódios de febre, mal-estar e astenia.

3.1.6 Gengivite ulcerativa necrosante [GUN]

A gengivite ulcerativa necrosante (GUN) é uma das mais graves doenças gengivais provocadas pela placa bacteriana, devido a sua agressividade e seu curso agudo, rápido e deliberante. As principais características clínicas são dor, necrose limitada à margem gengival ou às papilas interdentais e sangramento da gengiva. É possível que em sua evolução provoque halitose, febre, linfadenopatia, mal-estar e a presença de uma “pseudomembrana” de cor branco-amarelada ou cinza cobrindo as úlceras gengivais.

Apesar de afetar indivíduos de qualquer faixa etária, os pacientes mais comprometidos são adolescentes ou adultos jovens, podendo ser fumantes e psicologicamente estressados.

O paciente portador da GUN relata que os sintomas iniciaram-se de forma súbita, ocasionalmente após um episódio de doença debilitante ou infecção aguda no trato respiratório. Além disso, é comum o paciente apresentar história de alterações nos hábitos de vida.

3.1.7 Gengivites descamativas

As gengivites descamativas constituem manifestação clínica comum a diversas doenças locais e sistêmicas como o penfigoide benigno de mucosa, o pênfigo vulgar, o líquen plano, o lúpus eritematoso sistêmico, a epidermólise bolhosa adquirida, a hipersensibilidade de contato, as doenças hormonais e infecções crônicas, entre outras.

Em geral, tal manifestação ocorre em pacientes de ambos os sexos, em qualquer faixa etária, porém observa-se predomínio em mulheres entre 40 e 55 anos. A queixa principal dos pacientes é a presença de úlceras espalhadas pela gengiva, que sangram com facilidade, causam sensibilidade e dor extremas, dificultam a alimentação e a higiene bucal.

3.2 Agravos e doenças que causam dor na mucosa

3.2.1 Mucosite

A mucosite é uma inflamação inespecífica da mucosa bucal que, na maioria dos casos, ocorre em consequência de outra doença local ou sistêmica ou de intervenções terapêuticas, principalmente quimioterapia e radioterapia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço.

Essa inflamação pode apresentar vários níveis de envolvimento no paciente. Na sua forma mais amena, é representada pela presença de mucosa esbranquiçada acompanhada de um ligeiro desconforto local. Nos casos mais graves, pode apresentar-se como eritema acompanhado de dor leve a moderada, e até presença de úlceras acompanhadas de dor muito intensa. A gravidade da mucosite será proporcional à intensidade do seu agente causador, porém sabe-se que melhores condições de higiene bucal reduzem suas taxas e sua gravidade. Outros fatores de risco incluem focos orais de infecção, má nutrição, função salivar prejudicada, uso de tabaco e consumo de álcool.

3.2.2 Estomatite aftosa recorrente

A estomatite aftosa recorrente é uma doença frequente que acomete a mucosa bucal, mas que não apresenta uma causa definida. Provavelmente tem relação com alterações na função do sistema imune e apresenta os seguintes fatores desencadeadores ou modificadores: estresse, trauma local, alergias alimentares ou a produtos de higiene bucal, deficiências nutricionais, alterações hormonais e imunidade deprimida.

Um fator importante dessa doença é a tendência à apresentação de padrão familiar de ocorrência.

Três formas clínicas são descritas: menor, maior, herpetiforme. Em todas elas o paciente, normalmente criança ou adulto jovem, queixa-se de dor intensa, e as lesões são precedidas por sinais prodrômicos, como formigamento e ardência. As áreas mais afetadas são: mucosa vestibular, jugal, língua, palato mole e soalho bucal.

3.2.3 Gengivoestomatite herpética aguda [GEHA]

É a infecção primária causada pelo vírus “herpes simples”, que ocorre normalmente entre seis meses e cinco anos de idade, sendo o pico entre os dois e três anos de idade.

Os pacientes apresentam sinais prodrômicos como febre e mal-estar cerca de cinco dias antes do início da doença, que é abrupto e caracteriza-se por lesões bucais dolorosas acompanhadas por linfadenopatia cervical anterior, calafrios, febre (39 a 40 graus), náusea, anorexia, irritabilidade e muita indisposição. Essas manifestações variam de leves a intensas. O paciente pode ainda se autoinocular, passando a apresentar lesões nos dedos, nos olhos e nas genitais.

3.2.4 Doenças imunomediadas

Este grupo abrange diversas doenças, normalmente causadas pela produção inadequada de autoanticorpos pelo paciente que, por sua vez, levam ao aparecimento de doenças bolhosas – como o pênfigo vulgar, o penfigoide benigno das membranas mucosas, penfigoide bolhoso, entre outras – e doenças erosivas como o líquen plano erosivo e o lúpus eritematoso, que podem apresentar envolvimento somente bucal ou envolvimento sistêmico.

Na boca, as doenças imunomediadas podem apresentar-se como alterações mucosas ceratóticas (brancas), ulcerações, descamação e bolhas, frequentemente acompanhadas por sintomatologia dolorosa. Entre os sinais clínicos comuns a esse grupo de doenças, encontra-se a gengivite descamativa.

4. AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Vamos estudar agora as formas de avaliação e diagnóstico diferencial da dor de origem periodontal e na mucosa, compreendendo o modo como elas se apresentam em situações agudas. A partir de uma adequada realização dos procedimentos de avaliação, o diagnóstico será mais preciso e a assistência mais resolutiva.

4.1 Agravos e doenças que causam dor de origem periodontal

4.1.1 Impacção Alimentar

O paciente relata episódio de trauma local, que resultou em dor e sangramento gengival persistente e localizado. No local traumatizado, a gengiva apresenta-se inflamada, avermelhada e edemaciada, perdendo o seu aspecto pontilhado característico. Essas alterações devem ocorrer somente no local do trauma, sendo que as áreas não traumatizadas devem apresentar aspectos usuais. Em caso de inflamação generalizada, o paciente será melhor enquadrado em uma das doenças estudadas a seguir.

4.1.2 Gengivite relacionada à placa dentária

Nos casos de gengivite relacionada à placa bacteriana, o cirurgião dentista deve observar se o paciente apresenta acúmulo de placa dentária e cálculo dentário, principalmente na região das margens gengivais. As gengivas apresentam-se usualmente inflamadas, perdendo o aspecto pontilhado, sofrendo um avermelhamento progressivo e adquirindo um aspecto esponjoso devido ao edema. Por fim, a gengiva torna-se brilhante, com alterações de contorno e margens rombas. Esse processo inicialmente abrange somente as papilas interdentárias e margem gengival, mas posteriormente acomete a gengiva inserida.

A manobra de sondagem mostra sangramento abundante mesmo com estimulação leve, porém não existe a presença de bolsa periodontal, não há perda óssea e mobilidade dentária. Pacientes que apresentam doença com maior tempo de duração podem apresentar hiperplasia ou recessão gengival, fatos que podem piorar o acúmulo de placa ou dificultar a manobra de sondagem.

Portanto, o diagnóstico da gengivite crônica está relacionado com a observação da alteração da cor, do contorno, da consistência e posição da gengiva, além dos relatos de sangramento e dor por parte do paciente.

4.1.3 Periodontite crônica relacionada à placa dentária

Os pacientes portadores de periodontite crônica associada à placa normalmente são homens adultos ou idosos que se queixam de sintomas semelhantes aos sintomas da gengivite, ou seja, gengivas inflamadas, avermelhadas, sangrantes quando estimuladas e algumas vezes dolorosas. Adicionalmente, queixam-se de halitose, mobilidade dentária aumentada e hemorragias espontâneas na região das papilas. Podem ser relatados a expulsão ocasional de resíduos e pus nas margens gengivais, como também sensibilidade dentinária no colo dentário devido à exposição radicular. Esses sinais e sintomas podem ocorrer de forma localizada ou de forma generalizada.

Nestes casos, o cirurgião dentista deve observar se o paciente apresenta acúmulo de placa dentária e cálculo dentário, principalmente na região das margens gengivais. As gengivas apresentam-se usualmente inflamadas, com aspecto esponjoso, brilhante, com alterações de contorno e margens rombas. A manobra de sondagem revela sangramento gengival e, principalmente, a formação de bolsa periodontal, perda de inserção periodontal e de osso alveolar. Se houver possibilidade de execução de um exame radiográfico, observar-se-á inicialmente o arredondamento da crista alveolar e posteriormente uma perda óssea horizontal maior.

4.1.4 Abscessos periodontais

Nos casos em que o abscesso já apresentou fases de maturação, o paciente relata história de saída esporádica de um líquido amargo, pus, da lesão. Normalmente a drenagem espontânea do pus propicia alívio nos sintomas, o que faz com que o paciente postergue a procura por tratamento. No entanto, como não houve resolução do processo, em curto período de tempo o pus acumula-se novamente e o paciente volta a sentir dor.

Nestes casos, o cirurgião dentista deve observar se a gengiva no local da queixa do paciente apresenta-se edemaciada, podendo até haver a formação de um nódulo gengival discreto e de superfície eritematosa e brilhante. A consistência à palpação pode variar de firme a flutuante e pode haver fístula, parúlida. Essa lesão apresenta sensibilidade extrema à palpação e o dente envolvido no processo pode apresentar sensibilidade à percussão, aumento da mobilidade ou extrusão. A palpação dos linfonodos regionais pode revelar linfadenopatia e um hemograma pode revelar leucocitose.

Uma manobra clínica útil no esclarecimento do diagnóstico é a sondagem da bolsa periodontal ou a pressão suave na gengiva afetada, que levam à saída de pus do sulco gengival.

4.1.5 Pericoronarite

Para identificar a pericoronarite, o cirurgião dentista deve observar que a gengiva que recobre e circunda um dente parcialmente irrompido encontra-se muito eritematosa, edemaciada e, por vezes, supurativa. Em um exame extrabucal, podem ser observados a linfadenopatia regional e o inchaço na região do ângulo da mandíbula. O exame pode ser muito prejudicado se o paciente apresentar trismo. Um exame de hemograma mostrará leucocitose.

4.1.6 Gengivite ulcerativa necrosante [GUN]

As principais queixas são dor gengival intensa, incômoda e persistente, descrita como uma intensa “pressão superficial”, com irradiação para outros locais, intensificada pela ingestão de alimentos quentes ou picantes e pela mastigação, sangramento espontâneo e em abundância, halitose intensa, aumento da salivagem e saliva pastosa e com gosto metálico. Dentre os sintomas sistêmicos, podem ser relatados linfadenopatia, febre baixa, mal-estar e dor de cabeça.

Os principais sinais clínicos a serem observados nesses pacientes são papilas interdentais altamente inflamadas, eritematosas, friáveis, edemaciadas e sangrantes em abundância. Com a evolução da doença, as papilas ficam rombas e demonstram **necrose crateriforme**³ recoberta por pseudomembrana cinzenta/branca, demarcada do restante da mucosa gengival por uma região de eritema linear pronunciado. As regiões ulceradas sangram em resposta a estímulos mínimos. Tal quadro pode ser localizado a uma região ou generalizado e disseminado pela boca. Em casos avançados e graves, pode haver leucocitose, distúrbios gastrointestinais e taquicardia.

Neste momento é importante ressaltar que a GUN não deve ser confundida com gengivo estomatite herpética primária. Também é essencial saber que a GUN pode levar à perda de inserção e desenvolvimento de periodontite associada (periodontite ulcerativa necrosante), estender-se aos tecidos moles adjacentes (mucosite ulcerativa necrosante, estomatite necrosante), septicemia e toxemia e até morte.

4.1.7 Gengivite descamativa

Clinicamente, o cirurgião dentista pode observar um avermelhamento generalizado da gengiva, causado por descamação epitelial. As gengivas apresentam-se edemaciadas e brilhantes, ocasionalmente com muitas vesículas. Além da gengiva, outras partes podem estar envolvidas, como a mucosa jugal.

A execução da manobra semiotécnica para a detecção do **Sinal de Nikolsky**⁴ em área não ulcerada pode ser de grande valia na investigação, pois no caso de doenças vesículo-bolhosas, essa manobra provocará a formação de uma bolha instantaneamente.

³ Necrose crateriforme é a inversão das papilas gengivais.

⁴ Para detectar o Sinal de Nikolsky, exerça uma pressão firme lateral ou em movimento de rotação contra uma área não descamada da mucosa.

4.2 Agravos e doenças que causam dor na mucosa

4.2.1 Mucosite

As mucosites mais comuns atualmente são aquelas causadas pela quimioterapia e radioterapia antineoplásica. Essa condição inicia-se em uma a duas semanas após o começo da terapia. O paciente queixa-se principalmente de dor ou ardência e desconforto em níveis variados, que interferem na **alimentação**⁵ ou higienização bucal. Pode haver relato de sangramento abundante.

⁵ É durante a **alimentação** o momento em que a mucosite costuma manifestar de forma mais intensa seus sintomas.

No exame clínico pode-se observar mucosa esbranquiçada, eritematosa ou ulcerada em qualquer local da boca. Focos hemorrágicos e presença de infecções fúngicas ou bacterianas secundárias podem ser observados.

4.2.2 Estomatite aftosa recorrente

Ao exame clínico, o paciente apresentará úlceras múltiplas e de tamanhos variados, além de áreas eritematosas, que se transformarão em úlceras. O tempo de duração e as recidivas variam de acordo com a forma clínica apresentada. Na forma clínica menor as úlceras variam entre 3 e 10 mm e a cura ocorre em sete a 14 dias. Na forma maior as ulcerações são mais profundas e crateriformes, medindo 10 a 30 mm e levando de duas a seis semanas pra curar. Na forma herpetiforme observa-se um maior número de lesões pequenas, com cicatrização em sete a 10 dias e maior frequência de recidivas.

O diagnóstico é feito por meio da apresentação clínica e pela exclusão de outras doenças como a gengivostomatite herpética aguda, a Síndrome de Behçet, a doença celíaca, a doença de Crohn, as deficiências nutricionais e as doenças imunossupressoras (HIV, entre outras).

4.2.3 Gengivostomatite herpética aguda [GEHA]

As lesões bucais iniciam-se como múltiplas vesículas puntiformes, que se rompem rapidamente e formam inúmeras úlceras, que coalescem e tornam-se maiores. Qualquer lugar da boca pode ser afetado, inclusive áreas de pele na região perioral. As gengivas normalmente ficam aumentadas, dolorosas e muito eritematosas, com erosões ao longo da gengiva marginal livre.

Quando o paciente é adulto, o que é mais raro acontecer, a doença se manifesta como **faringotonsilite**⁶,

⁶ **Faringotonsilite** é uma inflamação nas amígdalas e na parede posterior da faringe.

levando a dor de garganta, febre, mal-estar e cefaleia. O diagnóstico clínico da doença deve iniciar-se pela história clínica (sem episódios prévios), pelo início agudo e breve e pelos sinais e sintomas. Em caso de dúvida, faz-se o teste laboratorial sorológico para a detecção de antígenos do vírus herpes simples (HSV, causador da patologia), citologia esfoliativa ou biópsia.

4.2.4 Doenças imunomediadas

O diagnóstico de cada uma dessas doenças baseia-se nos aspectos clínicos e microscópicos e a conduta terapêutica dependerá diretamente do diagnóstico final da doença.

Se a doença se confinar na cavidade bucal, o cirurgião dentista toma a responsabilidade do tratamento; mas se existirem sinais e sintomas sistêmicos, o tratamento deve ser feito de forma conjunta com um médico, normalmente o dermatologista.

O diagnóstico diferencial entre essas lesões deve ser estabelecido com o paciente sendo orientado em relação à sua natureza crônica e o tratamento deve basear-se na gravidade dos sintomas e na saúde geral do paciente. A possibilidade de uma doença infecciosa ou maligna deve ser afastada. Normalmente o tratamento será baseado na utilização de corticosteroides, sejam eles tópicos ou sistêmicos.

5. ABORDAGEM INICIAL

Nesta etapa, vamos compreender a abordagem inicial dos agravos e doenças que causam dor de origem periodontal e na mucosa.

5.1 Agravos e doenças que causam dor de origem periodontal

5.1.1 Impacção alimentar

A abordagem inicial é a remoção cuidadosa de todo o material impactado. A remoção do estímulo agressor é suficiente para a resolução do processo inflamatório e o restabelecimento da normalidade. Em caso de dificuldade de higienização nas primeiras horas após o tratamento devido à dor, podem ser utilizados adjuvantes como enxaguatórios bucais.

Veja no Anexo A como fazer o tratamento medicamentoso.

5.1.2 Gingivite relacionada à placa dentária

A primeira conduta para o atendimento do paciente portador de gengivite é cessar a exposição aos agentes causadores, ou seja, a remoção mecânica da placa e do cálculo dental, além da eliminação ou atenuação de todo e qualquer fator de risco local que facilite seu acúmulo.

O paciente deve receber instruções quanto à necessidade de melhoria em sua higiene bucal e ser acompanhado para verificação da efetividade das novas medidas de higiene instituídas.

Em caso de dificuldade de higienização nas primeiras horas após o tratamento devido à dor, podem ser utilizados adjuvantes como enxaguatórios bucais. Além disso, deve ser investigada a presença de fatores de risco sistêmicos e, em caso positivo, fazer o encaminhamento ao profissional responsável pelo tratamento desse fator.

Caso haja falha tanto na abordagem inicial quanto nas medidas de higiene, o paciente pode evoluir para a periodontite crônica relacionada à placa dentária, tema a ser tratado a seguir.

Veja indicação de antissépticos bucais no Anexo A, quadro 3.

5.1.3 Periodontite crônica relacionada à placa dentária

A abordagem inicial para o paciente portador de periodontite crônica é cessar a exposição aos agentes causadores, ou seja, a remoção mecânica da placa e cálculo dental por meio da raspagem e alisamento radicular, além da eliminação ou atenuação de todo e qualquer fator de risco local que facilite seu acúmulo.

Após esse procedimento, que propicia alívio nos sintomas, o paciente deve ser encaminhado ao periodontista para a resolução da doença e suas consequências. Além disso, deve ser investigada a presença de fatores predisponentes sistêmicos e, em caso positivo, fazer o encaminhamento ao profissional responsável pelo tratamento desse fator.

Veja indicação de antissépticos bucais no Anexo A, quadro 3.

5.1.4 Abscesso periodontal

A abordagem inicial para o paciente portador de abscesso periodontal é promover a drenagem do pus acumulado na bolsa periodontal através do sulco gengival, por meio da introdução de uma sonda periodontal. Entretanto, muitas vezes nem todo o pus pode ser drenado por essa via e, então, deve-se fazer a drenagem por meio de uma incisão direta na mucosa gengival que recobre o abscesso, perpendicular ao longo eixo do dente. Se o paciente apresenta febre e mal-estar, é prudente prescrever um antibiótico. Como cuidados pós-drenagem, o paciente fará uso de dieta líquida ou pastosa e bochechos com água morna e sal. Em caso de episódios de dor, recomenda-se o uso de analgésico.

O paciente deve fazer retornos diários até a resolução dos sintomas. Numa segunda abordagem, já com o paciente com menor sintomatologia dolorosa, deve ser feita a limpeza da bolsa periodontal com remoção de todos os materiais estranhos incluindo placa e cálculo, e o encaminhamento para o periodontista, para o tratamento da periodontite crônica.

Entre as consequências mais comuns de um abscesso periodontal, encontra-se a disseminação da infecção pela região periapical e formação de uma lesão endodôntica-periodontal combinada. Entre as consequências mais graves, encontra-se a disseminação da infecção por estruturas adjacentes, podendo ocasionar quadros sistêmicos graves.

Acessar o Anexo B para ver as orientações relacionadas a prescrição dos medicamentos.

5.1.5 Pericoronarite

A primeira abordagem do paciente com pericoronarite é constituída pela remoção do foco séptico, por meio da lavagem cuidadosa da área sob o capuz gengival que recobre o dente com antissépticos, para remover restos alimentares grosseiros e bactérias. Em caso de febre ou outros sintomas sistêmicos, como mal-estar e astenia, utilizar antibiótico sistêmico.

O paciente deve ser orientado a fazer bochechos com água morna e sal⁷ para diminuição dos sintomas inflamatórios e retornar em 24 horas para a verificação da efetividade do tratamento e nova abordagem se necessário.

⁷ Um copo de água para uma colher de chá de sal.

Se o paciente não for corretamente tratado, podem surgir diversas complicações, desde a formação de um cisto paradental (uma doença de baixa gravidade) até a disseminação do abscesso para tecidos adjacentes, originando a celulite facial, angina de Ludwig e abscesso peritonsilar (doenças de maior gravidade).

Acessar o Anexo B para ver as orientações relacionadas a prescrição dos medicamentos. Veja também no módulo de Dor de Origem Endodôntica informações importantes a respeito de abscessos periapicais e angina de Ludwig.

5.1.6 Gengivite ulcerativa necrosante [GUN]

A abordagem inicial constitui-se da irrigação gengival e debridamento da placa e cálculo dentários com raspagem, curetagem ou instrumentação com ultrassom (contraindicada em pacientes HIV +) das áreas afetadas sob anestesia tópica ou local. Na presença de febre ou linfadenopatia está indicado o uso de antibiótico.

Entre as consultas, o paciente deve fazer bochechos com clorexidina, água morna com sal ou peróxido de hidrogênio diluído para ajudar no tratamento.

Após a abordagem inicial, deve-se, em conjunto com a equipe da Unidade da Saúde, investigar e resolver os possíveis fatores predisponentes, determinar a terapia de suporte (repouso e dieta, por exemplo) e promover as instruções de higiene bucal e motivação do paciente.

A GUN recidiva com frequência considerável. Em casos resistentes ao tratamento, deve-se investigar a infecção por HIV ou mononucleose.

Para complementar o tratamento medicamentoso você deve acessar os Anexos A e B.

5.1.7 Gengivites descamativas

Como as gengivites descamativas constituem manifestação clínica comum a doenças locais e sistêmicas (penfigoide benigno de mucosa, pênfigo vulgar, líquen plano, entre outras), a abordagem inicial limita-se ao

alívio da sintomatologia, manutenção da hidratação do paciente e encaminhamento imediato ao cirurgião dentista estomatologista ou médico dermatologista.

O tratamento definitivo incluirá todos os procedimentos necessários para terapia da doença de base, causadora da gengivite descamativa, incluindo o diagnóstico correto e precoce da doença, evitando maior sofrimento para o paciente.

A prescrição medicamentosa pode ser feita acessando o Anexo C.

5.2 Agravos e doenças que causam dor na mucosa

5.2.1 Mucosite

A abordagem inicial visa principalmente a manutenção da hidratação e o alívio dos sintomas. Deve-se recomendar bochechos com colutórios bucais sem álcool (evitar a clorexidina). Como alternativas aos colutórios podem ser utilizados bochechos com: solução composta de 1 parte de água oxigenada 10% + 1 pitada de sal em 6 partes de água morna ou solução salina a 0,9% com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio (NaHCO₃) a cada duas horas. O uso de saliva artificial e antiácido também ajuda no alívio dos sintomas.

Em casos mais severos, pode-se prescrever bochechos com dexametasona elixir três a quatro vezes ao dia (umedecem, lubrificam e aliviam temporariamente). Para as áreas ulceradas, anestésicos tópicos, como a lidocaína viscosa, a diclonina e a difenidramina, podem ser borrifados, bochechados ou aplicados de forma tópica durante um a dois minutos e expectorados em seguida, sem gargarejar ou deglutir e nunca antes das refeições. Como medicações sistêmicas, pode-se administrar corticoide e analgésicos, desde os mais comuns até os mais potentes, mas sempre que necessário, com participação do cirurgião dentista estomatologista e do médico especialista.

Enquanto os pacientes apresentarem lesões, deve-se evitar o consumo de alimentos picantes, cafeína e refrigerantes, além do uso de tabaco e bebidas alcoólicas. Se possível, dormir com vaporizador ligado para favorecer o umedecimento das mucosas. Além disso, deve manter uma higiene bucal cuidadosa, pois as lesões podem servir de porta de entrada para infecções sistêmicas.

Você deve acessar o Anexo D e ver diferentes opções para a prescrição medicamentosa.

5.2.2 Estomatite aftosa recorrente

Na ocorrência de estomatite aftosa recorrente, a abordagem inicial visa o alívio dos sintomas. Se o paciente apresenta poucas úlceras ou se estas são ocasionais, pode-se recomendar o uso de enxaguatório brando composto por bicarbonato de sódio dissolvido em água morna. Em casos com maior número

de úlceras, podem ser utilizados bochechos com corticosteroides tópicos como a dexametasona elixir a 0,01%. Em ulcerações maiores e localizadas, pode-se aplicar gel de dipropionato de betametasona a 0,05%, gel de fluociononida a 0,05% ou pomada de propionato de halobetasol a 0,05%, ou mesmo fazer injeção local de acetona triancinolona. Se as lesões encontrarem-se em áreas de difícil acesso, recomenda-se o uso de spray de dipropionato de beclometasona.

Em casos resistentes, pode-se associar corticosteroides sistêmicos junto com os tópicos, por exemplo: bochecho com posterior deglutição de xarope de prednisolona ou betametasona.

As lesões têm um tempo de duração limitado e, portanto, tendem a regredir naturalmente. No entanto, o paciente está sujeito a recidivas, devendo ser alertado para evitar os fatores desencadeadores ou modificadores.

Para complementar o tratamento medicamentoso você deve acessar os Anexo C e E.

5.2.3 Gengivostomatite herpética aguda (GEHA)

A abordagem inicial visa o controle da infecção para o alívio dos sinais e sintomas e prevenção da disseminação. Recomenda-se o uso de antivirais como o aciclovir em suspensão, bochechando e engolindo cinco vezes ao dia por cinco dias. Anestésicos tópicos, como spray de cloridrato de diclonina a 0,5% ou 1%, diminuem o desconforto de forma temporária (evitar a lidocaína viscosa e a benzocaína tópica em crianças devido a relatos de convulsões). Em casos de sintomatologia exacerbada, pode-se prescrever o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, analgésico e antipirético para aliviar o desconforto.

Para complementar o tratamento medicamentoso você deve acessar o Anexo F.

Independentemente do tratamento a ser adotado, deve-se tomar o cuidado de manter o paciente hidratado, com dieta equilibrada e em repouso, pois os casos brandos são resolvidos em cinco a sete dias, porém casos graves podem durar de duas a três semanas.

6. INDICAÇÕES DE ENCAMINHAMENTO E MONITORAMENTO

Os pacientes com quadros periodontais agudos, quando encaminhados para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), para atenção especializada, deverão ter obtido na Atenção Básica explicações das causas da doença e ter passado por sessões de motivação, sendo importante que se promova a apropriação desses conhecimentos. O usuário encaminhado deverá apresentar-se:

- com relação à cavidade bucal: adequação do meio bucal, com remoção dos focos infecciosos, raspagem supra e subgingival, remoção de excesso de restaurações, entre outros que se façam necessários;
- com relação ao paciente: deve estar motivado e demonstrando capacidade em relação ao controle de placa.

Em relação aos eventos agudos que acometem mucosa bucal, é de responsabilidade do cirurgião dentista na Atenção Básica realizar o diagnóstico e tratamento destas lesões, bem como a seleção dos casos que deverão ser encaminhados aos serviços de Atenção Secundária (Estomatologia ou Dermatologia).

Ressalta-se que é de extrema importância o acompanhamento pelos profissionais da Atenção Básica dos casos encaminhados aos outros níveis de atenção, na perspectiva da continuidade do cuidado.

7. RESUMO DO MÓDULO

Caro aluno,

Neste módulo, vimos questões importantes sobre a dor de origem periodontal e dor na mucosa bucal. Compreendemos melhor os aspectos sobre o diagnóstico, a abordagem na Atenção Básica e o tratamento, para identificar eventuais agravos à saúde e realizar o correto atendimento e encaminhamento de eventos agudos. Lembre-se de que você pode consultar este material quando necessário. Mantenha-se sempre atualizado sobre o assunto. Bom aprendizado!

Filipe Modolo Siqueira

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **Projeto SBBrasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais**. Brasília, DF, 2011. 92p.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 1013 p.

MARCUCCI, G. **Fundamentos de Odontologia: Estomatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 243 p.

NEVILLE, B. W. et al. E. **Patologia oral e maxilofacial**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. 972 p.

NEWMAN, M. G. et al. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 1286 p.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J.; POGREL, M. A. **Atlas de Patologia Oral e Maxilofacial**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 184 p.

SHAHER, W. G.; HINE, M. K.; LEVY, B. M. **Tratado de Patologia Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987. 837 p.

SILVERMAN, S.; EVERSOLE, L. R.; TRUELOVE, E. L. **Fundamentos de Medicina Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 384 p.

SOAMES, J. V.; SOUTHAM, J. C. **Patologia oral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 272 p.

Filipe Modolo Siqueira

É Cirurgião dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (2003) e Doutor em Odontologia (Patologia Bucal) também pela Universidade de São Paulo (2006). Atualmente exerce o cargo de Professor Adjunto III no Departamento de Patologia (PTL) e Coordenador de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Além disso, é orientador de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFSC na área de concentração em Diagnóstico Bucal. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Patologia Geral, Bucal e Estomatologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Diagnóstico de lesões do complexo buco-maxilo-facial, Imunoistoquímica, Cultura de células, Biologia Celular e Molecular e Regeneração tecidual.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4572290025026790>

**EVENTOS AGUDOS
NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dor Periodontal e na Mucosa

Anexos

**Prescrição de Medicamentos em Situações
de Dor de Origem Periodontal e na Mucosa**

Autor: Rubens Rodrigues Filho

Neste módulo você estudou inúmeras situações nas quais o periodonto e/ou a mucosa podem estar afetados, mas também observou que são possíveis várias prescrições que envolvem analgésicos, antiinflamatórios, antibióticos, anti-sépticos, etc.

Como já se comentou em outros módulos, o conhecimento farmacológico do cirurgião dentista não pode se restringir apenas a prescrição de analgésicos, antibióticos e antiinflamatórios. A seguir, apresentam-se algumas considerações a respeito dos medicamentos propostos e, sempre que possível, sugere-se um protocolo para facilitar a sua prescrição.

É importante lembrar também que, quando o indivíduo afetado for uma criança, você deve acessar o módulo sobre **Trauma Dental** e, através dos Anexos propostos no texto, obter informações sobre as doses de alguns medicamentos.

Assim como nos outros Módulos, fique atento, pois nem todos os medicamentos aqui indicados constam na RENAME.

ANEXO A

Como você acabou de ver a impação alimentar, a gengivite relacionada à placa e a periodontite crônica também relacionada à placa são de fácil tratamento, normalmente medidas higiênicas locais como a remoção de resíduos e o uso de anti-sépticos (colutórios) resolvem todo o problema. Entretanto, em alguns casos a prescrição de um medicamento como dipirona ou paracetamol pode ser necessário. Veja os quadros 1, 2 e 3.

a) Derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno

Os derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno apresentam atividade basicamente analgésica. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 1 – Especialidade farmacêutica com base em derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DO PARAMINOFENOL OU DO ACETAMINOFENO	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Paracetamol	Comprimidos de 500mg ou 750mg. Administrar por via oral 1 comprimido de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas, respectivamente
	Em gotas, 500mg, 650mg ou 750mg. Administrar 55 gotas a cada 6 horas.

b) Derivados da pirazolona

Os derivados da pirazolona apresentam atividade basicamente analgésica. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 2 – Especialidade farmacêutica com base em derivados da pirazolona

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DA PIRAZOLONA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Dipirona	Comprimidos de 500mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 horas.

c) Anti-sépticos

Quadro 3 – Especialidade farmacêutica com base em anti-sépticos

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM ANTI-SÉPTICOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Digluconato de Clorexidina	0,12 a 0,2 %, fazer 1 bochecho por 1 min a cada 12 hs
Cloreto de cetilpiridínio sem álcool	1 bochecho de 30 a 60 seg a cada 12 horas
Peróxido de hidrogênio 1 a 3%	Bochechos de 30 a 60 seg 3 vezes ao dia
Óleos essenciais	1 bochecho de 30 a 60 seg a cada 12 horas

Obs: o peróxido de hidrogênio (água oxigenada) é vendido com diferentes concentrações, você deve verificar qual e se necessário fazer a diluição em água filtrada ou destilada para obter concentrações entre 1 e 3% para bochechos.

ANEXO B

O tratamento das alterações da mucosa e do periodonto que envolvem infecção (abscesso periodontal, peri-coronarite e GUN) são feitos com a prescrição de analgésicos, até mesmo aqueles com atividade anti-inflamatória, e antibióticos. Não esqueça que os anti-sépticos têm indicação na maioria das alterações que envolve mucosa e periodonto (Anexo A, quadro 3). Veja as opções nos quadros abaixo:

a) Derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno

Quadro 4 – Especialidade farmacêutica com base em derivados do paraminofenol ou do acetaminofeno

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DO PARAMINOFENOL OU DO ACETAMINOFENO	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Paracetamol	Comprimidos de 500mg ou 750mg. Administrar por via oral 1 comprimido de 4 em 4 horas ou de 6 em 6 horas, respectivamente
	Em gotas, 500mg, 650mg ou 750mg. Administrar 55 gotas a cada 6 horas.

b) Derivado da pirazolona

Quadro 5 – Especialidade farmacêutica com base em derivados da pirazolona

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM DERIVADOS DA PIRAZOLONA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Dipirona	Comprimidos de 500mg e 1000mg Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 ou 6 horas, respectivamente.
	Solução injetável de 800mg/2mL Administrar 1 ampola por via IM a cada 8 ou 12 horas

c) Associações de analgésicos

Aqui temos outra opção terapêutica importante para os casos em que o paracetamol ou a dipirona não controlam a dor. A prescrição deve ser feita em receituário de controle especial (duplo carbonado). Observe agora a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 6 – Especialidades farmacêuticas com base em associações de analgésicos

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM BASE EM ASSOCIAÇÕES DE ANALGÉSICOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Propoxifeno 50mg + Ácido acetilsalicílico 325mg	Cápsulas de 50mg. Administrar 1 cápsula por via oral de 4 em 4 horas.
Paracetamol 750mg + Codeína 30mg	Comprimidos de 30mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 4 horas.
Tramadol [analgésico opióide agonista μ]	Comprimidos de 50mg e 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Em gotas, 50mg/mL. Administrar, por via oral, 20 gotas diluídas em água a cada 8 horas (máximo de 400mg/dia).
	Injetável, 50mg/mL ou 100mg/mL. Administrar 1 ampola, por via intramuscular ou intravenosa, de 8 em 8 horas (máximo de 400mg/dia).
Codeína 50mg + Diclofenaco sódico 50mg	Comprimidos de 50mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.

d) Medicamentos analgésicos com ação anti-inflamatória

A seguir, têm-se outras possibilidades terapêuticas, agora com medicamentos que apresentam ação significativa sobre o processo inflamatório. Lembre-se sempre que esses medicamentos também são analgésicos e que, portanto, não é obrigatório associá-los com dipirona ou paracetamol. É importante ressaltar aqui que não é obrigatório associar antibiótico com anti-inflamatório, mas quando ocorrer o anti-inflamatório deve ser usado em média por três dias e não por um tempo igual ao do uso do antibiótico. Observe a prescrição medicamentosa para usuários adultos:

Quadro 7 – Especialidades farmacêuticas com ação analgésica e anti-inflamatória

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM AÇÃO ANALGÉSICA E ANTI-INFLAMATÓRIA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Diclofenaco potássico	Drágeas de 50mg ou comprimidos de 50mg. Administrar 1 drágea ou comprimido por via oral de 6 em 6 horas ou de 8 em 8 horas.
	Injetável, ampola de 75mg/3mL. Administrar 1 ampola ao dia por via intramuscular durante 2 dias.
Diclofeanaco com colestiramina	Cápsulas de 70 mg de liberação controlada. Administrar 1 cápsula a cada 24 horas.
Naproxeno sódico	Comprimidos de 250mg, 275mg, 500mg ou 550mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 12 em 12 horas.
Ibuprofeno	Comprimidos de 200mg, 300mg, 400mg ou 600mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6, 8 em 8 ou 12 em 12 horas.
	Cápsulas de liberação prolongada. Administrar 1 cápsula por via oral de 12 em 12 horas.
	Granulados de 600 mg. Dissolver o conteúdo de 1 envelope e administrar a cada 8 ou 12 horas.
Benzidamina	Drágeas de 50mg. Administrar 1 drágea por via oral a cada 6 ou 8 horas.
Ácido mefenâmico	Comprimidos de 500mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.
Diclofenaco sódico	Comprimidos de 50mg. Administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6 ou de 8 em 8 horas.
	Injetável, ampola de 75mg. Administrar, por via intramuscular, 1 ampola ao dia por, no máximo, 2 dias.
	Comprimidos de 100mg de liberação prolongada. Administrar por via oral 1 comprimido ao dia.
Piroxicam	Cápsulas de 20mg ou comprimido sublingual de 20mg. Administrar por via oral 1 cápsula ao dia.
	Comprimidos de 20mg. Administrar por via oral 1 comprimido ao dia.
	Injetável, 20mg/mL. Administrar 1 vez ao dia por via intramuscular
Nimesulide	Comprimidos de 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.
Aceclofenaco	Comprimidos de 100mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 12 horas.

Meloxicam	Comprimidos de 7,5mg ou 15mg. Administrar 1 comprimido de 7,5mg por via oral de 12 em 12 horas; ou 1 comprimido de 15mg a cada 24 horas.
	Injetável (solução), ampolas de 15mg (1,5 mL). Administrar uma ampola por dia por via IM
Celecoxib	Cápsulas de 200mg. Administrar 1 cápsula por via oral de 12 em 12 horas.
Etoricoxib	Comprimidos de 90mg. Administrar 1 comprimido por via oral a cada 24 horas.
Cetoprofeno	Cápsulas de 50mg; comprimidos de desintegração entérica de 100mg; comprimidos de desintegração lenta de 200mg. Administrar 1 cápsula ou 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Injetável 50 mg Administrar 1 ampola por via IM a cada 8 hs
Tenoxicam	Comprimidos de 20mg; granulados de 20mg. Administrar 1 comprimido a cada 24 horas.
	Injetável, 20mg (2mL). Administrar 1 vez ao dia por via IM.
Fenoprofeno	Cápsulas de 200mg. Administrar 1 cápsula a cada 6 horas.
Cetorolaco de trometamina	Comprimidos de 10mg. Administrar 1 comprimido por via sublingual a cada 6 ou 8 horas
	Injetável de 30 mg/mL Administrar 1 ampola por via IM ou intravenosa a cada 8 hs por 2 dias

Observe que dentre tantos medicamentos antiinflamatórios existem alguns que são seletivos para ciclooxigenase 2 (como nimesulida, aceclofenaco, meloxicam) e outros que são altamente seletivos para ciclooxigenase 1 (como celecoxib e etoricoxib). Estes irritam menos a mucosa gástrica e, portanto, podem ser prescritos para pacientes com enfermidade gástrica.

e) Antibióticos

Penicilinas

Constituem-se como a primeira opção. No entanto, você deve ficar atento, pois existem outras opções que podem ser utilizadas quando o usuário relata ser alérgico à penicilina.

Quadro 8 – Especialidades farmacêuticas – Penicilinas V

ESPECIALIDADE FARMACÊUTICA – PENICILINAS V	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Penicilina V	Comprimidos de 500.000 UI*. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral de 6 em 6 horas.
	Comprimidos de 1.200.000 UI*. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral de 8 em 8 horas.

* Observação: 1.600 UI correspondem a 1mg.

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – PENICILINAS DE AMPLO ESPECTRO	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Ampicilina	Cápsulas de 250mg e 500mg; comprimidos de 250mg, 500mg e 1000mg. Adultos: 1 a 2 g/dia, dividida em 4 administrações.
	Injetável, 500mg e 1 grama. Adultos: 1 a 2 g/dia, dividida em 4 administrações.
Amoxicilina	Cápsulas de 500mg; comprimidos de 875mg e 1000mg. Adultos: 1 cápsula ou 1 comprimido de 8 em 8 horas.
Metampenicilina	Cápsulas de 500mg. Adultos: 1 cápsula de 8 em 8 horas.
	Injetável, 500mg. Adultos: 1 ampola via intramuscular a cada 8 horas.
Amoxicilina com ácido clavulânico	Comprimidos de 500mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato de potássio; comprimidos de 875mg de amoxicilina + 125mg de clavulanato de potássio. Adultos: administrar 1 comprimido de 8 em 8 horas.
	Injetável, frasco-ampola de 500mg de amoxicilina + 100mg de clavulanato de potássio; injetável, frasco-ampola de 1000mg de amoxicilina + 200mg de clavulanato de potássio. Adultos: administrar 1 frasco-ampola de 8 em 8 horas.

Cefalosporinas

As cefalosporinas são mais uma opção diante de infecções do periodonto e da mucosa, entretanto, não devem ser prescritas para indivíduos alérgicos a penicilina.

Quadro 10 – Especialidades farmacêuticas – Cefalosporinas

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – CEFALOSPORINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Cefalexina	Drágeas de 500mg; cápsulas de 500mg; comprimidos de 500mg. Adultos: administrar 1 drágea, 1 cápsula ou 1 comprimido a cada 8 horas.
Cefazolina	Injetável, frasco-ampola de 250mg, 500mg e 1000mg. Adultos: administrar 250mg ou 500mg por via intramuscular de 8 em 8 horas.
Cefotaxima	Injetável, 500mg a 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular, de 1g a 2g ao dia, dividida em 2 administrações.
Cefalotina	Injetável, frasco-ampola com 1000mg. Adultos: administrar, por via intramuscular, de 1g a 2g em dose única.
Ceftazidima	Injetável, ampolas de 1000mg e 2000mg. Adultos: administrar 1g, por via intramuscular ou intravenosa, de 8 em 8 horas.

Macrolídeos

Dentre os macrolídeos, destaca-se uma medicação que é derivada da eritromicina e que, certamente, você conhece: chama-se azitromicina.

Quadro 11 – Especialidades farmacêuticas – Macrolídeos

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – MACROLÍDEOS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Azitromicina	Comprimidos de 500mg e 1g; cápsulas de 250mg. Adultos: administrar 250 mg, 500mg ou 1000 mg ao dia.
Eritromicina	Drágeas de 250 mg e 500 mg Adultos: administrar por via oral 1 drágea a cada 6 horas.

Lincosaminas

Dentre as lincosaminas, vamos destacar a clindamicina. Observe:

Quadro 12 – Especialidades farmacêuticas – Lincosaminas

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – LINCOSAMINAS	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Clindamicina	Cápsulas de 150mg e 300mg. Adultos: administrar 1 cápsula por via oral a cada 6 horas.
	Injetável, 300mg (2mL) ou 600mg (4mL) Adultos: administrar 1 ampola por via intramuscular ou intravenosa a cada 6 ou 8 horas.

Metronidazol

O metronidazol pode ser usado em associação com amoxicilina. É um medicamento importante nas infecções por aneróbios Gram (-).

Quadro 13 – Especialidades farmacêuticas – Metronidazol

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS – METRONIDAZOL	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Metronidazol	Comprimidos de 250mg e 400mg. Adultos: administrar 1 comprimido por via oral a cada 8 horas.
	Injetável, 500mg (100mL). Adultos: administrar 1 ampola por via endovenosa a cada 8 horas.

Observações:

1. Todos os antibióticos citados devem ser prescritos por um período de aproximadamente 7 dias, exceção feita à azitromicina que deve ser administrada em dose única diária por três a cinco dias.
2. Nos usuários alérgicos à penicilina você pode administrar azitromicina, clindamicina ou, ainda, metronidazol.
3. Nas infecções severas, em usuários alérgicos a penicilina, a melhor indicação é a clindamicina; já nas infecções leves a moderadas podemos usar clindamicina ou azitromicina.

Protocolo 1: Tratamento das Pericoronarites

a) Abordagem preliminar

- Ansiolítico: Diazepam 5 mg, 1 comprimido 1 h antes (quando necessário)
- Anestésico local: optar pela bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000 (Neocaína)

Obs: pode-se utilizar também lidocaína, prilocaína, articaína ou mepivacaína sempre associado a um agente vasoconstritor (epinefrina).

b) Abordagem da região afetada

- Limpeza da área removendo-se a placa bacteriana
- Irrigação local com soro fisiológico
- Cuidados de higiene bucal visando controlar a placa – bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% não diluída a cada 4 horas.
- **Dipirona sódica 500 mg ou Paracetamol 750 mg** – 1 comprimido a cada 4 ou 6 horas respectivamente
- Reavaliar 48 horas após
- Em caso de dor persistente usar um antiinflamatório não-esteróide, por via oral ou IM, como por exemplo:

Nimesulida 100 mg – 1 comprimido a cada 12 horas, via oral

Diclofenaco sódico solução injetável 75 mg/3 ml – 1 ampola IM a cada 24 h por dois dias

- Acompanhar a evolução do quadro

Quando usar antibiótico sistemicamente

Estão indicados na presença de sinais de disseminação local ou manifestações sistêmicas do processo infeccioso como trismo mandibular, febre, taquicardia, infarctamento ganglionar, falta de apetite e mal-estar geral.

a) Paciente não alérgico às penicilinas

Primeira opção:

Amoxicilina + metronidazol

Amoxicilina 500 mg – 1 cápsula a cada 8 horas

Metronidazol 250 mg – 1 comprimido a cada 8 horas

Segunda opção:

Amoxicilina + Clavulanato de potássio

Administrar 1 comprimido de 500 mg a cada 8 horas

b) Pacientes alérgicos às penicilinas

Primeira opção:

Clindamicina C 300 mg – 1 cápsula a cada 6 horas **OU**

Metronidazol 250 mg – 1 comprimido a cada 8 horas

Segunda opção:

Estearato de eritromicina 500 mg + Metronidazol 250 mg

Estearato de eritromicina 500 mg – 1 drágea a cada 6 horas

Metronidazol 250 mg – 1 comprimido a cada 8 horas

OU Azitromicina 500 mg – 1 comprimido a cada 24 h

Obs 1: o tempo de uso dos antibióticos é de 1 semana, exceto a azitromicina que é prescrita por 3 dias sendo 1 dose a cada dia.

Protocolo 2: Abscesso Periodontal

a) Medicação pré operatória: pode ou não ser feita

- Amoxicilina 1g - 60 minutos antes de iniciar a drenagem
- Para alérgicos a penicilina recomendamos clindamicina 600 mg ou azitromicina 1g
- Ansiolítico: pode ser usado em pacientes muito tensos, estressados, se for necessário podemos administrar diazepam 5 mg 1 h antes de iniciar o procedimento

b) Medicação pós operatória

- Amoxicilina 500 mg de 8 em 8 hs por 7 dias **ou**
- Clindamicina 330 mg a cada 8hs por 7 dias **ou**
- Azitromicina 500 mg 1 por dia por 3 dias
- A administração de analgésico (dipirona ou paracetamol) está indicada por 24 h, caso o paciente tenha dor.

Protocolo 3: Tratamento da Gengivite Ulcerativa Necrosante [GUN]

- a) Anestesia
- b) Remoção de coágulo e placa
- c) Irrigação com soro fisiológico
- d) Bochechos com digluconato de clorexidina 0,12% não diluída pela manhã e a noite
- e) Controle de placa
- f) Dipirona sódica 500 mg ou paracetamol 750 mg – 1 comprimido a cada 4 ou 6 horas respectivamente
- g) Controle
- h) Após alívio dos sintomas, planejar o tratamento definitivo
- i) Emprego de antimicrobianos sistêmicos está indicado quando existem outras manifestações do processo infeccioso

Como usar antibióticos?

Pacientes não alérgicos às penicilinas

Amoxicilina + metronidazol

Amoxicilina 500 mg – 1 cápsula a cada 8 horas

Metronidazol 250 mg – 1 comprimido a cada 8 horas

Pacientes alérgicos às penicilinas

Clindamicina 300 mg – 1 cápsula a cada 6 horas ou

Metronidazol 250 a 400 mg a cada 8 ou 12 hs respectivamente

Obs: os antibióticos são usados em média por 1 semana com exceção da azitromicina

Neste Anexo apresentamos algumas possibilidades de uso dos anti-inflamatórios esteroidais seja para administração sistêmica ou mesmo tópica no tratamento das gengivites descamativas.

Quadro 14 – Especialidades farmacêuticas com ação analgésica e anti-inflamatória

ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS COM AÇÃO ANALGÉSICA E ANTI-INFLAMATÓRIA	
MEDICAMENTO	DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO
Dexametasona	Comprimidos de 4 mg. Administrar 1 comprimido por via oral 1 vez ao dia.
	Solução injetável de 4 mg/mL ou 8 mg/mL. Administrar 1 ampola por dia por via IM ou endovenosa.
	Elixir 0,01% Fazer 1 bochecho a cada 6 ou 8 hs
Betametasona	Comprimidos de 2mg. Administrar 1 comprimido por via oral 1 vez ao dia.
	Solução injetável de 4 mg/mL ou 8 mg/mL. Administrar 1 ampola por dia por via IM ou endovenosa.
	Elixir 0,5 mg Fazer 1 bochecho a cada 6 ou 8 hs
	Gel 0,05% (dipropionato de betametasona) Aplicar o gel de 1 a 4 vezes ao dia sobre a lesão
Hidrocortisona	Solução injetável de 50 mg, 100mg e 500mg em 2 mL. Administrar 1 ampola por dia por via IM ou endovenosa.
Prednisona	Comprimidos de 5 mg Administrar de 5 a 60 mg/dia
Prednisolona	Comprimidos de 5 mg Administrar de 2,5 a 15 mg/dia
	Solução oral de 3 mg Fazer 1 bochecho a cada 6 ou 8 hs
Triancinolona	Solução aquosa 0,1 ou 0,2% Fazer 1 bochecho a cada 6 ou 8 hs
Beclometasona	Spray 50 mcg/jato Aplicar um jato de uma a quatro vezes ao dia sobre a lesão

Dentre as doenças que causam dor na mucosa, a mucosite, principalmente quando está disseminada pela boca, causa grande sofrimento ao indivíduo acometido debilitando-o não só em função da doença de base, mas também pela desidratação e desnutrição causadas pela dificuldade de ingerir alimentos sólidos ou líquidos. É difícil estabelecer um protocolo de atendimento para estes indivíduos, mas a intervenção do cirurgião dentista é importante para minimizar as manifestações bucais. Assim o tratamento envolve inúmeras possibilidades de uso de medicamentos, que serão prescritos em função do estágio de desenvolvimento da manifestação.

Acessando os Anexos A, B e C você encontra opções envolvendo medicamentos analgésicos, anti-inflamatórios e anti-sépticos. Você deve considerar ainda que o indivíduo com mucosite pode apresentar infecção bacteriana, fúngica ou viral. Na **tabela 1** você encontra algumas opções para tratamento.

Tabela 1: Medicamentos Usados nas Infecções Associadas à Mucosite Oral

TIPO DE INFECÇÃO	MEDICAMENTOS UTILIZADOS
Infecção por bactérias	<p>Infecções por Aeróbios: Amoxicilina 500 mg, 1 cápsula a cada 8 h, por uma semana Amoxicilina 875 mg, 1 cápsula a cada 12 h, por uma semana</p>
	<p>Infecções por Anaeróbios: Metronidazol 250 mg, 1 comprimido a cada 6 h, por 7 dias, ou 400 mg a cada 12 h, por 7 dias</p>
	<p>Infecções por microorganismos produtores de betalactamases: Amoxicilina 500 mg + clavulanato de potássio 125 mg, 1 cápsula a cada 8 h, por 7 dias</p>
Infecção por vírus	<p>Aciclovir, comprimidos de 200 mg, 5 vezes ao dia, por 5 dias Valaciclovir, comprimidos de 500 mg, 5 vezes ao dia, por 5 dias</p>
Infecção por fungos	<p>Cetoconazol, 1 comprimido de 200 mg por dia, por 10 dias Fluconazol, 1 cápsula de 100 mg por dia por 10 dias.</p>

Como você estudou o tratamento da afta pode ser feito de maneiras diferentes, em algumas situações apenas um anti-séptico bucal, em outras um corticóide tópico. O protocolo abaixo é simples, envolve poucos medicamentos e pode ser aplicado a qualquer paciente.

Protocolo 4: Tratamento da Afta

- a) Remover o fator local
- b) Medicação paliativa
 - Omcilon-A em orabase® – tubos com 10 g – aplicar a noite antes de dormir ou dependendo da severidade da lesão 2 a 3 vezes ao dia
 - Albocresil solução® – frasco de 12 mL – aplicar com auxílio de cotonete em pequenos toques ± 1 min
 - Cloridrato de benzidamina - colutório - bochechos 3 vezes ao dia

Obs: em algumas situações o paciente é acometido de aftas em regiões de difícil acesso inviabilizando a aplicação local de algum medicamento, indicando-se assim o uso de corticóide sistêmico.

Assim como o tratamento da estomatite aftosa, a gengivoestomatite herpética aguda também pode ser feito usando diferentes tipos de medicamentos. O protocolo 5 pode ser aplicado inicialmente e caso você não obtenha o resultado desejado utilize outras opções como descrito no texto. Lembro ainda que antipiréticos podem ser úteis na GEHA, assim medicamentos como dipirona, anti-inflamatórios podem ser usados.

Protocolo 5: Tratamento da Estomatite Herpética Aguda

- Recomendar dieta líquida ou pastosa
- Repouso no leito de preferência
- Administrar paracetamol 750 mg, 1 comprimido a cada 6 horas
- Administrar aciclovir, via oral, 1 comprimido de 200 ou 400 mg, a cada 6 h por 7 dias

Rubens Rodrigues Filho

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1983), mestrado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998) e doutorado em Farmacologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). Atualmente é adjunto IV da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: terapêutica medicamentosa, dor e inflamação, farmacologia dos antidepressivos, implantodontia e odontogeriatria.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0724212974113584>