

# MEDICAÇÃO SISTÊMICA NA PRÁTICA ENDODÔNTICA

Geisa Lima da Cunha<sup>1</sup>

**Resumo** — *Este trabalho tem como propósito revisar as indicações para a utilização da medicação sistêmica em Endodontia, bem como as drogas de eleição para cada caso e sua posologia, levando em consideração sua importância como coadjuvante ao tratamento endodôntico local.*

**Abstract** — *This article makes a review about indications to use systemic medication in endodontics, and the most used drugs in each pathology and its posology, too, including the main of this medication like auxiliary to endodontic local treatment.*

## INTRODUÇÃO

Embora o tratamento endodôntico deva ser encarado mais sob o ponto de vista cirúrgico, em muitas ocasiões, faz-se necessário o uso de fármacos de ação sistêmica (LEONARDO e LEAL, 1998; ANDRADE, 1999; RALDI et al, 2002; RETTORE JÚNIOR, 2000), para contornar problemas que podem surgir na seqüência do tratamento, representados por reação inflamatória, dor e infecção, proporcionando maior conforto e segurança ao paciente.

Nas pulpites poderemos ter complicações como a dor e a inflamação. Em casos de necrose, além destas intercorrências, pode-se ter a presença de infecção. A base fundamental para a terapêutica coadjuvante ao tratamento endodôntico é o correto diagnóstico da patologia presente, a partir do qual, com base em conhecimentos de farmacologia, podemos lançar mão dos medicamentos disponíveis para o tratamento do paciente (LEONARDO e LEAL, 1998). Segundo Raldi et al (2002) os medicamentos mais utilizados em endodontia são os analgésicos e/ou anti-inflamatórios, antibióticos e tranqüilizantes.

Para limitar a ocorrência de efeitos adversos e o aumento de surgimento de resistência bacteriana, a prescrição de antibióticos deve ser reservada estritamente para as situações onde sua eficácia já tenha sido demonstrada. A escolha do antibiótico para tratamento de infecção orodental depende do suposto agente patogênico presente em determinada doença, do espectro de ação e da farmacocinética do antibiótico. A gravidade da doença e a história patológica progressiva do paciente devem ser levadas em consideração. Para Menezes et al (2002) o uso racional dos antimicrobianos depende também de indicação apropriada, habilidade da droga em alcançar o local da infecção, oferecimento mínimo de efeitos colaterais e condição do sistema imunológico do paciente. Para Wannmacher e Ferreira (1999) deve-se levar em consideração também a cômoda administração e o custo acessível à população. Algumas doenças de ordem sistêmica favorecem a manutenção do quadro inflamatório/infeccioso, havendo necessidade de investigá-las, diagnosticá-las e também tratá-las ou encaminhá-las para tratamento, favorecendo

<sup>1</sup> Cirurgiã-Dentista – UFJF; aluna da Especialização em Endodontia – Estácio de Sá Juiz de Fora

assim a resolução do problema (ESTRELA, 2004). Segundo Rettore Júnior (2000) a penicilina, um antibiótico altamente eficaz para a maioria das infecções odontogênicas, vem se tornando ineficaz devido ao seu uso abusivo e indevido. As subdosagens antimicrobianas são os principais fatores causadores de resistência bacteriana. Rettore Júnior (2000) afirma que, somente em casos de resistência à antibioticoterapia, se faz necessária a coleta de material para exame de cultura, de modo a determinar a sensibilidade dos microrganismos aos antibióticos, conduta desnecessária na prática diária.

## **1 DISCUSSÃO**

### **1.1 Drogas recomendadas para terapêutica sistêmica em Endodontia, de acordo com as patologias pulpares e periapicais:**

#### **1.1.1 Pulpopatias**

Para Leonardo e Leal (1998) a terapêutica sistêmica nas pulpopatias resume-se no uso de analgésicos, para maior conforto do paciente. A preferência recai sobre o paracetamol ou salicilatos; Andrade (1999) recomenda também analgésicos e alerta para a intervenção local parcial ou total dos canais radiculares. Raldi et al (2002) recomenda o uso de analgésicos e antiinflamatórios nas urgências desta natureza.

Segundo Andrade (1999), em pacientes idosos, é recomendável o uso de paracetamol ou dipirona, no controle da dor leve a moderada, por não provocarem irritação gástrica e interferência na hemostasia; Em intervenções mais invasivas deve ser usado corticosteróide, pelo mesmo motivo anterior. Em crianças, na prevenção ou controle da dor leve a moderada emprega-se o paracetamol ou a dipirona, na forma de solução "gotas"; em situações mais invasivas, a 1ª opção é um corticosteróide, em dose única pré-operatória; Os AINH podem ser usados, porém em tempo restrito e com precaução em crianças com asma brônquica. Em gestantes, pode-se empregar o paracetamol ou a dipirona, respeitando-se o limite de 3 doses diárias, com intervalos de 4h, por tempo restrito. Para Cruz Filho e Pécora, 1997, o grupo do paraminofenol (paracetamol) é o mais indicado para crianças e gestantes.

Segundo Bramante (1996); Cruz Filho e Pécora (1997); Lopes e Siqueira Júnior (1999); Wannmacher e Ferreira (1999), nunca é demais chamar a atenção para o fato de que, uma vez que a polpa entrou na fase irreversível, os medicamentos se tornam ineficazes e de nada valerá administrar analgésicos e/ou antibióticos. A conduta correta e eficaz que eliminará a dor do paciente é a abertura do dente. Nos casos em que o paciente se encontra numa fase de transição entre a pulpíte reversível e a irreversível, torna-se eficaz o uso de analgésicos. Lopes e Siqueira Júnior (1999); Wannmacher e Ferreira (1999) recomendam também o uso de analgésico/antiinflamatório quando por limitações de tempo, inabilidade do operador, dor perirradicular ou problemas anatômicos, não é realizado o tratamento de canal em uma sessão, necessitando consulta adicional.

### 1.1.2 Necroses pulpares

Nas necroses pulpares sem envolvimento periapical, é indicado o uso de analgésico após intervenção no canal como nas pulpites irreversíveis (ANDRADE, 1999). Nos indivíduos de risco o tratamento antibiótico também está indicado, em endodontia, nos casos de necrose pulpar.

### 1.1.3 Periodontites Apicais Agudas

Os analgésicos e antiinflamatórios são indicados principalmente nos casos de urgência de origem endodôntica como as pericementites agudas (RALDI et al, 2002). É interessante medicar o paciente com analgésico para combater a dor pós-procedimento de instrumentação de canal, pois se trata de uma intervenção invasiva, que tem grandes chances de produzir sintomatologia dolorosa (RETTORE JÚNIOR, 2000; ANDRADE, 1999). Ainda segundo Andrade (1999), se houver sinais de ansiedade, administrar ansiolíticos.

Em periodontites apicais agudas de etiologia bacteriana, daremos ao cliente um maior conforto e apressaremos a cessação do quadro que acompanha a fase aguda com a prescrição de analgésico/antiinflamatório por 24/48h após remoção do conteúdo séptico-tóxico do canal infectado (LEONARDO e LEAL, 1998; SAMPAIO et al, 2000). Segundo Estrela (2004) prescreve-se antibiótico e analgésico. Para Lopes e Siqueira (1999) na dor pós-operatória, recomenda-se analgésicos em casos de dor leve; se a dor for severa e persistente, o tratamento dependerá da situação: se a obturação estiver adequada, prescrever analgésico/antiinflamatório; se sobreobturação, prescrever antiinflamatório; se obturação inadequada, retratar. Se não resolver, partir para retratamento ou cirurgia perirradicular. Em todos os casos, o analgésico/antiinflamatório a ser administrado poderá ser o ibuprofeno, cetoprofeno, naproxeno, diclofenaco, piroxicam ou meloxicam, todos bastante eficazes em tratar a dor de origem endodôntica (RALDI et al, 2002; LOPES e SIQUEIRA, 1999). Os AINES estão indicados como medicação pré e pós-operatória nas intervenções odontológicas onde há expectativa de resposta inflamatória de maior intensidade, com o objetivo de se prevenir a dor e o edema excessivos, e também nos casos de quadro inflamatório agudo já instalado. A duração do tratamento com estes medicamentos deve ser estabelecida por um período máximo de 48h; a prescrição dos AINES de forma crônica (por 4 a 5 dias ou mais) não tem base científica (ANDRADE, 1999).

Para Estrela (2004) nas pericementites com envolvimento pulpar, administrar betametasona ou dexametasona, além de preparar parcial ou completamente o canal e ajustar a oclusão do paciente; nas pericementites sem envolvimento pulpar (p.ex. trauma oclusal), administrar betametasona ou dexametasona, , ibuprofeno ou nimesulide, ou ainda meloxicam, pelo período máximo de 48h, após ajustar oclusão do elemento envolvido. Nos casos de periodontite apical sintomática traumática, presume-se ausência de microrganismos, então se adota como medida sistêmica prescrição de antiinflamatório.

Para Cruz Filho e Pécora (1997), analgésicos e antiinflamatórios devem ser administrados sempre nas pericementites, seja traumática, bacteriana ou medicamentosa.

#### 1.1.4 Abscessos dento-alveolares agudos

O uso da medicação anti-infecciosa sistêmica se faz necessária, principalmente, em casos de abscessos dento-alveolares agudos. Nos casos de abscesso na fase inicial, o tratamento local tem eficácia maior que o sistêmico, mas como a maioria dos casos ocorre em pacientes debilitados, podemos lançar mão de antibióticos e anti-inflamatórios; Nos casos de abscessos em evolução e evoluídos, faz-se necessária mesma terapia sistêmica e local (LEONARDO e LEAL, 1998). A terapêutica sistêmica nos casos de abscesso periapical, sem fístula evoluída, objetiva dar suporte ao tratamento e controle do processo infeccioso e ser coadjuvante no alívio do quadro sintomatológico. Engloba na maioria das vezes o uso de antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios (MAMEDE NETO, 2005; SAMPAIO et al, 2000; SALGADO et al, 2003). Para Andrade (1999) no controle da dor deve ser usado dipirona sódica ou paracetamol. Segundo Estrela (2004) quando o abscesso encontra-se na fase inicial, sem fístula, emprega-se o uso de antibiótico e analgésico; quando o abscesso encontra-se na fase em evolução, sem fístula, ou evoluído, sem fístula, recomenda-se o uso de antibiótico e anti-inflamatório como terapia sistêmica. Para Lopes e Siqueira (1999); Raldi et al (2002) em casos de abscesso perirradicular agudo recomenda-se o uso de analgésico e anti-inflamatório em todas as fases, inicial, em evolução e evoluído. Analgésicos devem ser administrados toda vez que o paciente apresentar dor nos casos de abscesso dento-alveolar agudo, principalmente nas fases inicial e em evolução (CRUZ FILHO e PÉCORA, 1997). Abscessos periapicais agudos, desde que confinados ao osso medular, e passíveis de drenagem via canal, não constituem indicação para uso de antibióticos. Nos processos infecciosos em que está indicada antibioticoterapia, não se justifica o uso de anti-inflamatórios associados; analgesia se necessária, deve ser feita com analgésicos (WANNMACHER e FERREIRA, 1999).

Nas necroses pulpare com envolvimento periapical (abscessos periapicais), o uso de antibiótico sistêmico só é recomendado quando há sinais locais de disseminação do processo infeccioso (ex. linfadenite, celulite, trismo), ou de ordem sistêmica (febre, taquicardia, etc.) (ANDRADE, 1999; RETTORE JÚNIOR, 2000; PÉCORA, 2002; BENGTON e BENGTON, 2001; SILVA et al, 2000; LOPES e SIQUEIRA JÚNIOR, 1999; WANNMACHER e FERREIRA, 1999). Nestas situações deve-se administrar uma dose de ataque do antibiótico (no mínimo o dobro da dose de manutenção) (CRUZ FILHO e PÉCORA, 1997; ANDRADE, 1999) e o tratamento de manutenção depende do curso da infecção, em média 5 dias (ANDRADE, 1999). Discordando (RETTORE JÚNIOR, 2000; DUARTE et al, 1999; CRUZ FILHO e PÉCORA, 1997), o período de manutenção da antibioticoterapia deve ser no mínimo de 07 dias, podendo se estender por mais tempo dependendo da severidade do caso. Um nível tecidual adequado é conseguido somente 48h depois de iniciada a terapia, portanto, não se deve pensar em trocar o antibiótico antes desse período com a justificativa de ineficácia da droga. Para Andrade, 1999, não é demais lembrar que nos abscessos apicais agudos localizados ou apresentando fístulas, sem sinais de disseminação ou manifestações sistêmicas, não se recomenda o uso de antibióticos.

Nas infecções primárias (iniciais), presentes em necroses pulpare (com ou sem lesão periapical) não submetidas a tratamento, ocorre predomínio de infecção polimicrobiana com anaeróbios.

róbios G- (ESTRELA, 2004; ANDRADE, 1999; OLIVEIRA, 1999; SILVA et al, 2000; WANNMACHER e FERREIRA, 1999; ANZAI et al, 2003). Nas infecções secundárias (em que o dente foi submetido a tratamento e o resultado final indica insucesso e necessita de retratamento) ocorre predomínio de bactérias G+ (ESTRELA, 2004; DUARTE et al, 1999; SALGADO et al, 2003; PINHEIRO et al, 2003; WANNMACHER e FERREIRA, 1999), destaque aos facultativos, como os *Enterococcus faecalis* (ESTRELA, 2004; PINHEIRO et al, 2003). Levando em consideração a flora bacteriana nas infecções endodônticas e o espectro de ação dos antibióticos, alguns autores concluíram que: Em infecções leves a moderadas, a 1ª opção é a amoxicilina; em pacientes com histórico de alergia a penicilina, recomenda-se o estearato de eritromicina (ANDRADE, 1999; PÉCORA, 2002; OLIVEIRA, 1999; SILVA et al, 2000; MENEZES et al, 2002; RALDI et al, 2002). Segundo Borges et al (2001) as penicilinas são um grupo de antimicrobianos de amplo uso devido ao seu espectro de ação, comodidade posológica e custo acessível. Em casos de infecções severas, a 1ª opção é a associação de amoxicilina + metronidazol (MENEZES et al, 2002; SALGADO et al, 2003; FREITAS, 1997; ANDRADE, 1999; WANNMACHER e FERREIRA, 1999), pois este tem excelente penetração em tecido ósseo e áreas de abscesso (SILVA et al, 2000), quando há suspeita de infecção por microrganismos anaeróbios; o metronidazol pode ser associado também à clindamicina, pelo fato de não possuir cobertura aeróbia, (RETTORE JÚNIOR, 2000), ou amoxicilina associada ao clavulanato de potássio (SALGADO et al, 2003); A clindamicina, devido a seu espectro de atividade antibacteriana e a sua excelente penetração no tecido ósseo (RETTORE JÚNIOR, 2000; OLIVEIRA, 1999; MENEZES et al, 2002) é considerada pelos autores a droga de eleição para tratamento de infecções endodônticas em pacientes alérgicos às penicilinas e nos casos resistentes a estes (ANDRADE, 1999; SILVA et al, 2000; MENEZES et al, 2002; RALDI et al, 2002; WANNMACHER e FERREIRA, 1999). Em sincronia com os demais autores também podem ser incluídas outras drogas como imidazólicos isolados ou associados com macrolídeos e, em especial, nos casos de alergia a betalactâmicos, macrolídeos, estreptomicina e lincomicina (clindamicina). Nas infecções graves tratadas em centros especializados, os mesmos antibióticos são usados via parenteral, nas doses adequadas ao foco de infecção. Para Duarte et al (1999) temos soluções um pouco diferentes para o tratamento: em pacientes não alérgicos à penicilina e com tratamento local instaurado, a 1ª opção é a ampicilina, que é uma penicilina de amplo espectro; a 2ª opção é a amoxicilina, que também é uma penicilina de amplo espectro, porém, com características farmacológicas superiores às da ampicilina; a 3ª opção é a cefalosporina, nesse caso a cefalexina. Para pacientes alérgicos à penicilina e com tratamento local instaurado, a 1ª opção é a claritromicina, um macrolídeo mais resistente à biodegradação que a eritromicina; a 2ª opção é a azitromicina, que tem melhores características farmacológicas e antimicrobianas que os demais macrolídeos; a 3ª opção é a clindamicina. Para pacientes não alérgicos à penicilina em que não é possível instaurar a terapia local, a 1ª opção é a associação da amoxicilina com o ácido clavulânico; a 2ª opção é o cefaclor, uma cefalosporina de 2ª geração; Outra alternativa é a associação da ampicilina com o metronidazol. Para pacientes alérgicos à penicilina em que não é possível instaurar a terapia local, a 1ª opção é a azitromicina e a 2ª opção, a clindamicina, já citadas anteriormente. Wannmacher e Ferreira, 1999, recomendam como 1ª opção no tratamento de infecções endodônticas penicili-

na V; outra opção é a amoxicilina por suas características farmacocinéticas superiores. Ao contrário dos outros autores, afirmam que a utilização de ácido clavulânico associado à amoxicilina não encontra maior respaldo pois germes produtores de betalactamases não são freqüentadores de infecções endodônticas agudas. Penicilinas de administração parenteral têm pouco uso em endodontia. Penicilina G benzatina fornece baixos níveis séricos e seu uso não é justificado em quadros agudos do periápice. A penicilina G procaína está indicada em situações em que não há disponibilidade de via oral. Macrolídeos (eritromicina, azitromicina e claritromicina) estão recomendados em pacientes alérgicos às penicilinas. Cefalosporinas de 1ª geração (cefalexina) também constituem alternativas em indivíduos alérgicos à penicilina, desde que a reação de hipersensibilidade não seja do tipo imediato. Lopes e Siqueira Júnior (1999) concordam que os antibióticos de 1ª escolha para tratamento das infecções endodônticas são as penicilinas (em especial, a amoxicilina). Em casos resistentes, a clindamicina, o metronidazol e as quinolonas são indicados. Tão importante quanto saber qual antibiótico deve ser usado, é saber se ele realmente deve ser usado (MENEZES et al, 2002).

### **1.1.5 Profilaxia da endocardite infecciosa**

A profilaxia da endocardite bacteriana tem um protocolo proposto pela American Heart Association (AHA), que, dentro de parâmetros que indicam quando esta profilaxia se faz necessária, deve ser acatado (OLIVEIRA, 1999). Segundo Lavelle (1996) a AHA recomenda uso de profilaxia antibiótica para procedimentos com sangramento, exceto anestesia local. Segundo Afssaps (2003), é recomendada, em endodontia, em indivíduos saudáveis nos casos de reimplantes e cirurgia periapical e em indivíduos de risco, é recomendada em casos de necrose pulpar, abscesso periapical, reimplantes dentários e cirurgia periapical. Segundo Raldi et al (2002) as condições cardíacas consideradas para profilaxia se dividem em: Condições de alto risco: valvas cardíacas protéticas, endocardite bacteriana prévia, condutos pulmonares construídos cirurgicamente; doenças cardíacas congênitas cianóticas complexas (p.ex. transposição de grandes artérias); Condições de médio risco: maioria das malformações cardíacas congênitas; disfunção valvar adquirida (doença cardíaca reumática); cardiomiopatia hipertrófica; prolapso de válvula mitral com regurgitação valvar ou espessamento dos folhetos valvares; Condições de baixo risco, onde a profilaxia não é recomendada: defeito de septo artrial secundum isolado; correção cirúrgica de defeito do septo artrial, ventricular ou ducto arterioso patente; cirurgia prévia de derivação de artéria coronária; prolapso da válvula mitral sem regurgitação valvar; sopros cardíacos fisiológicos ou funcionais; febre reumática sem disfunção valvar; doença de kawasaki prévia sem disfunção valvar; marcapassos cardíacos (intravasculares e epicárdicos) e desfibriladores implantados.

### **1.1.6 Controle da Ansiedade**

Em odontologia, empregamos, de preferência, os tranqüilizantes menores do grupo das benzodiazepinas, que são indicados nos casos de paciente rebeldes ou temerosos ao tratamento ou na sedação pré-anestésica e como auxiliar no controle da dor. Os benzodiazepínicos mais comumente empregados em Odontologia são: diazepam, lorazepam e bromazepam (FREITAS, 1997; ANDRADE, 1999; RALDI et al, 2002).

## Quadro posológico das drogas mais usadas na terapêutica sistêmica em Endodontia

(MELO, 2006; NÓBREGA e NÓBREGA, 2003; ANDRADE, 1999; ESTRELA, 2004)

### Analgésicos

Nome genérico	Apresentação	Posologia
Dipirona	Comprimidos – 500mg Gotas – 500mg/ml* Solução – 50mg/ml	Adultos: 1 a 2 compr., 6/6h Crianças: 6 a 15mg/kg/dose (dose máxima 4g/dia)
Paracetamol	Comprimidos – 500mg e 750mg Gotas – 200mg/ml* Suspensão – 160mg/5ml	Adultos: 1 a 2 compr., 4/4h Crianças: 1 gota/kg ou 0,4ml/kg da suspensão (no máximo 4 vezes/dia)

*\*(cada ml da apresentação gotas = 30 gotas)*

### Antiinflamatórios

Nome genérico	Apresentação	Posologia
Ácido Acetil Salicílico	Comprimidos - 100 mg e 500mg Gotas – 10mg/gota*	50 a 100mg/dia, 4/4 ou 6/6h (dose máxima 3g)
Ibuprofeno	Comprimidos - 200 mg Suspensão - 20mg/ml Gotas - 50mg/ml*	Adultos: 1 a 2 compr.– 3 a 4 vezes/dia Crianças: 5 a 10 mg/kg/dose (dose máxima 1200mg/dia)
Diclofenaco	Cápsulas/comprimidos – 50, 75 e 100mg Gotas – 0,5mg/gota* Supositório – 25 e 75mg Ampola – 75mg	Adultos: 100 a 150mg/dia, 8/8h ou 12/12h Acima de 12 anos: 1 a 2mg/kg/dia, 8/8h ou 12/12h (dose máxima 200mg/dia)
Naproxeno	Comprimidos 250ou 500mg	Adultos: 500 a 1000mg/dia, 12/12h ou dose única diária Criança: 2,5 a 5mg/kg, 8/8h (dose máxima: 1250mg/dia)
Meloxicam	Comprimidos – 7,5 e 15mg Ampolas – 15mg	Adultos: 7,5 a 15mg/dia
Piroxicam	Cápsulas – 20mg Gotas – 10mg/ml*	Adultos: 20mg/dia Acima de 12 anos: 0,4mg/kg/dia
Nimesulida	Comprimidos – 100mg Gotas – 2,5mg/gota* Supositório – 50 e 100mg	Adultos: 1 comprimido, 12/12h Acima de 3 anos: 1 gota/kg/dose, 12/12h
Betametasona	Comprimidos – 0,5 e 2mg Gotas – 0,5mg/ml* Elixir – 0,1mg/ml Ampolas – 4mg	0,1 a 0,25mg/kg/dia, 8/8 ou 12/12h
Dexametasona	Comprimidos – 0,5, 0,75 e 4mg Elixir – 0,5mg/ml Ampolas – 2, 4, 10mg	0,75 a 15mg/dia, 6/6 ou 12/12h

*\*(cada ml da apresentação gotas = 30 gotas)*

Nas pericementites (periodontites apicais agudas) com envolvimento pulpar, administrar 4 mg de betametasona ou dexametasona, em dose única, por via oral, além de preparar parcial ou completamente o canal e ajustar a oclusão do paciente; nas pericementites sem envolvimento pulpar (p.ex. trauma oclusal), administrar 4 mg de betametasona ou dexametasona, em

dose única, por via oral ou ibuprofeno 600 mg ou nimesulide 100 mg a cada 12h, ou ainda meloxicam, em dose única diária, pelo período máximo de 48h, após ajustar oclusão do elemento envolvido (ANDRADE, 1999).

### Antibióticos

Nome genérico	Apresentação	Posologia
Penicilina V	Comprimidos – 500.000UI Suspensão – 400.000 UI/5ml	Adultos: 1 compr., 6/6h Crianças: 50.000 UI/kg/dia, 6/6h
Ampicilina	Cápsulas – 500mg Suspensão: 250mg/5ml Ampolas: 250, 500 e 1.000mg	Adultos: 500mg, 6/6h Crianças: 50mg/kg/dia, 6/6h
Amoxicilina	Cápsulas/comprimidos-500 e 875mg Suspensão: 250, 400 e 500mg/5ml Ampolas: 1g	Adultos: 500mg, 8/8h ou 800mg 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 8/8 ou 12/12h
Cefalexina	Cápsulas - 500mg Gotas – 100mg/ml* Suspensão – 250mg/5ml	Adultos: 500mg, 6/6h ou 1g 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 6/6h
Cefaclor	Cápsulas – 250, 500 e 750mg Suspensão – 250 e 375mg/5ml	Adultos: 1g/dia, 8/8 ou 12/12h Crianças: 20 a 40mg/dia, 8/8 ou 12/12h
Eritromicina	Comprimidos – 250 e 500mg Suspensão – 125 e 250mg/5ml	Adultos: 2 a 4g/dia, 6/6 ou 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 6/6h
Claritromicina	Comprimidos – 250 e 500mg Suspensão – 125 e 250mg/5ml	Adultos: 1g/dia, 12/12h Criança: 7,5mg/kg/dose, 12/12h
Azitromicina	Comprimidos–500 e 1.000mg Suspensão – 200mg/5ml	Adultos: 500mg/dia, 3 a 5 dias Crianças: 10mg/kg/dia, 3 a 5 dias
Clindamicina	Cápsulas – 300mg	Adultos: 900 a 1800mg/dia, 6/6h ou 8/8h
Metronidazol	Comprimidos – 250mg Suspensão – 40mg/ml	Adultos: 1 compr., 8/8h Crianças: 20mg/kg/dia, 6/6h
Amoxicilina+ Ácido clavulânico	Cápsulas/comprimidos-500 e 875mg Suspensão: 250, 400 e 500mg/5ml Ampolas: 1g	Adultos: 500mg, 8/8h ou 800mg 12/12h Crianças: 50mg/kg/dia, 8/8 ou 12/12h

*\*(cada ml da apresentação gotas = 30 gotas)*

### Protocolo de uso profilático de antibióticos (American Heart Association – AHA)

PROTOCOLO PADRÃO	
Amoxicilina	Adultos: 2g, via oral, 1h antes do procedimento – 4 comprimidos Crianças: 50mg/kg, 1h antes do procedimento
OPÇÕES PARA PACIENTES ALÉRGICOS ÀS PENICILINAS	
Clindamicina	Adultos: 600mg, 1h antes do procedimento – 2 comprimidos Crianças: 20mg/kg, 1h antes do procedimento
Cefalexina ou Cefadroxil	Adultos: 2g, via oral, 1h antes do procedimento – 4 drágeas Crianças: 50mg/kg, 1h antes do procedimento.
Azitromicina ou Claritromicina	Adultos: 500mg, 1h antes do procedimento – 1 comprimido Crianças: 20mg/kg, 1h antes do procedimento.

## **Ansiolíticos**

Nome Genérico	Apresentação	Dose Usual
Diazepam	Compr. 05 e 10 mg Ampolas 10 mg	Adultos – 5 a 10 mg Crianças e idosos – 0,1 a 0,8 mg/kg
Lorazepam	Compr. 1 e 2 mg	Adultos – 1 a 2 mg Idosos – 0,5 a 1 mg
Bromazepam	Compr. 3 e 6 mg Solução oral: frascos com 20ml (1 gota = 0,1mg)	Adultos – 3 mg Idosos – 1,5 mg

*\*(cada ml da apresentação gotas = 30 gotas)*

A melhor alternativa para pacientes idosos são os benzodiazepínicos de ação curta, como o lorazepam, que pode ser administrado como medicação pré-anestésica na dose única de 1 mg ou 2 mg, 2h antes da intervenção. Para crianças em idade escolar, o diazepam é de grande valor, devido às suas propriedades ansiolíticas específicas. A dose de 0,15 a 0,3 mg/kg de peso corporal, por via oral é suficiente para a maioria dos pacientes, sendo os efeitos observados após 45 a 60 minutos da ingestão da droga. Em casos de pacientes muito ansiosos, tomar o tranqüilizante, se diazepam ou bromazepam, em dose única, 1 h antes do tratamento dentário, via oral, ou, se lorazepam, 2h antes da consulta; se o paciente for muito nervoso, é aconselhável, também, tomar um comprimido no dia anterior ao tratamento, de preferência ao deitar, afirma Andrade (1999).

## **CONCLUSÃO**

A medicação sistêmica é um recurso extremamente válido como coadjuvante na terapia endodôntica: no alívio da dor, controle da inflamação e da infecção, principalmente nos quadros agudos das alterações pulpares e periapicais (RALDI et al, 2002). Cabe salientar que a instauração ou não de terapia local e a avaliação do paciente são de fundamental importância para eleição da terapia sistêmica correta (DUARTE et al, 2000; MENEZES et al, 2002). O profissional atualizado necessita ter o bom senso de manter informações sobre estes agentes terapêuticos sempre disponíveis e ter a simplicidade e a sabedoria de consultá-las antes de prescrever (SILVA et al, 2000). Aconselho ao leitor que qualquer dúvida a respeito da apresentação, indicação e contra-indicação, efeitos colaterais ou posologia, que consultem o DEF (CRUZ FILHO e PÉCORA, 1997). Ainda que não se deva ignorar a importância da ação da medicação, deve-se entender que é a intervenção bem conduzida do profissional a grande responsável pelo alívio da dor do paciente (SOUZA et al, 2004).

## REFERÊNCIAS

- AFSSAPS, D. Prescribing antibiotics in odontology and stomatology. Recommendations by the French Health Products Safety Agency. **Fundamental e Clinical Pharmacology**, v. 34, n.6, p. 725-729, dec. 2003.
- ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia – Procedimentos clínicos e uso de medicamentos nas principais situações na prática odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 1999.
- ANZAI, D.; AMORIM, C. V. G.; LAGE-MARQUES, J. L. A influência microbiana nas lesões refratárias endodônticas. **Jornal Brasileiro de Endodontia**, Curitiba, v. 4, n. 12, p. 82-86, jan/mar. 2003.
- BENGTSON, N. G.; BENGTSON, A. L. Emergências endodônticas em dentes decíduos. **Revista Gaúcha Odontologia**, v. 49, n. 1, p. 47-51, jan/fev/mar. 2001.
- BORGES, W.; BELLUCO, P. E. Reações adversas a drogas. **Boletim interno do Departamento de alergia e imunologia da Sociedade Brasileira de Pediatria**, 2001.
- BRAMANTE, C. M. Resolução das dores pulpares. In: TODESCAN, F. F.; BOTTINO, M. A. **Atualização na clínica odontológica: a prática da clínica geral –17º CIOSP**. São Paulo: Artes Médicas/ APCD, 1996. p. 201-210.
- CRUZ FILHO, A. M.; PÉCORA, J. D. **Terapêutica – Antibióticos/ Analgésicos/ Antiinflamatórios**. [1997]. Disponível em <www.forp.usp.br>. Acesso em: 10 fevereiro 2006.
- DUARTE, M. A. H.; VALE, I. S.; GARCIA, R. B. Antibioticoterapia em endodontia. **Revista da APCD**, v. 53, n.1, jan./fev. 1999.
- ESTRELA, C. **Ciência endodôntica**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- FREITAS, J. R. **Terapêutica odontológica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Pedro Primeiro, 1997.
- LAVELLE, C. L. B. Is antibiotic prophylaxis required for endodontic treatment? **Endodontics Dental Traumatology**, v. 12, p. 209-214. 1996.
- LEONARDO, M. R.; LEAL, J.M. **Endodontia: tratamento de canais radiculares**. 3. ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
- LOPES, H.P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia – Biologia e Técnica**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 539- 548.
- MAMEDE NETO, I. **Tratamento da dor periapical – caso clínico com abscesso periapical sem fístula – fase evoluído: Canal arcoxia/ Merck Sharp & Dohme**, 3. ed. São Paulo: Limay, 2005. p.7.
- MELO, J. M. S. **Dicionário de especialidades farmacêuticas (DEF)**. 34. ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas Ltda. 2006.
- MENEZES, M. M.; CÔAS, V. R.; UMETSUBO, L. S.; VALERA, M. C.; PAGANI, C. Antibióticos nas infecções pulpares e periapicais. **Jornal Brasileiro de Endodontia**, Curitiba, v. 3, n. 11, p. 343-349, out./dez. 2002.

NÓBREGA, F. J.; NÓBREGA, M. **Manual de medicamentos habitualmente usados em pediatria**. 12. ed. São Paulo: Nestlé/ Nutrição. 2003.

OLIVEIRA, J. C. M. Antibióticos em Endodontia. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 134-138, maio/junho, 1999.

PÉCORA, J. D. **Periapicopatias**. (FORP/ USP). [2002]. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br>>. Acesso em: 02 fevereiro 2005.

PINHEIRO, E. T.; GOMES, B. F. A.; FERRAZ, C. C. R.; TEIXEIRA, F. B.; ZAIA, A. A.; SOUZA FILHO, F. J. Evaluation of root canal microorganisms isolated from teeth with endodontic failure and their antimicrobial susceptibility. **Oral Microbiology and Immunology**, v. 18, p. 100-103. 2003.

RALDI, D. P.; OLIVEIRA, R. B.; LAGE-MARQUES, J. L. Medicação sistêmica como coadjuvante do tratamento endodôntico. **APCD Revista**, v. 56, n. 5, set/ out. 2002.

RETTORE JÚNIOR, R. **Emergências odontológicas**. Belo Horizonte: R. Rettore Júnior. 2000.

SALGADO, A. A. M.; CAMPIELO, I. T.; OLIVEIRA FILHO, R. M.; LEONARDO, M. R. Desobturação de canal radicular em casos de agudização de lesão periapical crônica (abscesso fênix). **Jornal Brasileiro de Endodontia**, v. 4, n. 15, p. 291-294, out/dez. 2003.

SAMPAIO, J. M. P.; SATO, E. F. L.; COLLESI, R. R.; FIGUEIREDO, M. R. R. C. G. Emergências em Endodontia. Tendências para condutas de atendimento. **Revista de Odontologia da Universidade Santo Amaro**, v. 5, n. 1, p. 33-38, jan/fev. 2000.

SILVA, C. R. C.; MATTOS, N. H. R.; LOPES, F. A. M. Antibióticos – As novas gerações e o uso na endodontia. **Jornal Brasileiro Endo/perio**, ano 1, n. 2, p. 54-58, jul/ago/set. 2000.

SOUZA, R. A.; NAVES, R. C.; SOUZA, S. A.; DANTAS, J. C. P.; GOMES, S. C. N. Análise da influência do uso de uma associação de corticosteróide-antibiótico na ausência de dor no pós-operatório do tratamento das urgências em endodontia. **Jornal Brasileiro Endod**, Curitiba, v. 5, n. 18, p. 213-216, jul/out. 2004.

WANNMACHER, LENITA; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.