



**ODONTO***pocket*







# ODONTO *pocket*



## AUTORES

Ian Costa dos Santos  
Leonardo Celestino Girão Nobre  
Luise Campos Nunes

  
SANAR



2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Odontopocket  
Editor | Fernanda Fernandes  
Projeto gráfico | Editorando Birô  
Revisão | Editorando Birô  
Capa | Didario Teles  
Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes  
Paulo Costa Lima  
Sandra de Quadros Uzêda  
Sheila de Quadros Uzêda  
Silvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação-na- Publicação (CIP)

O26 Odontopocket / Luise  
Campos Nunes, coordenação geral. –  
Salvador : SANAR, 2019.  
318 p. ; 14x21 cm.

ISBN 978-85-5462-117-9

1. Odontologia. I. Nunes, Luise  
Campos, coord.

CDU: 616.8-089

Ficha Catalográfica: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

Editora Sanar Ltda.  
Rua Alceu Amoroso Lima, n 172,  
Caminho das Árvores  
CEP: 41820-77- Salvador - BA  
Telefone: 71. 3052-4831  
atendimento@editorasanmar.com.br  
www.editorasanmar.com.br

The logo for SANAR features the word "SANAR" in a bold, black, sans-serif font. Above the letters "A" and "N" are three stylized, overlapping horizontal bars that resemble a bridge or a series of steps, rendered in a dark grey color.

# Sumário

## 1 - ACIDENTES E COMPLICAÇÕES NA PRÁTICA CLÍNICA

Reações de hipersensibilidade .....	19
Lipotímia x síncope .....	33
Hipoglicemia .....	41
Hipotensão postural .....	47
Acidente vascular encefálico .....	51
Insuficiência adrenal aguda .....	57
Síndrome de hiperventilação .....	61
Asma .....	67
Edema pulmonar agudo .....	71
Obstrução das vias aéreas por corpo estranho .....	75
Angina pectoris .....	85
Infarto agudo do miocárdio (IAM) .....	93
Arritmias cardíacas .....	99
Crise hipertensiva .....	107
Metemoglobinemia .....	115
Convulsões .....	121



## 2 - FARMACOLOGIA E PRESCRIÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

Drogas de emergência .....	135
1. Drogas de emergência em pediatria .....	139
Agentes hemostáticos e anticoagulantes .....	143
1. Agente hemostático .....	144
2. Agentes hemostáticos de uso tópico.....	145
3. Anticoagulantes .....	145
Anestésicos locais .....	149
Sedativos de uso oral .....	159
Corticoides de uso tópico .....	165
Antivirais contra herpes-virus.....	169

## 3 - ANATOMIA E FISILOGIA

Pares de nervos cranianos .....	175
Linfonodos cervicais .....	181

## 4 - DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Manifestações orofaciais de distúrbios sistêmicos na prática clínica .	187
Úlceras e ulcerações bucais infecciosas .....	199
Dor orofacial.....	203
Modulação das vias de dor.....	209
Drogas no tratamento da neuralgia do trigêmeo e dor orofacial (DO)	213
Alterações neurológicas e paralisia facial .....	225
Descrição das lesões patológicas.....	229
Principais indicações para biópsia .....	233
Significado dos autoanticorpos.....	235
Antidepressivos .....	237
Pacientes em uso de drogas antiretrovirais .....	243





Incontinência salivar .....	247
Carcinoma de células escamosas da boca.....	251

## **5 - NOÇÕES DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL**

Suporte básico de vida (SBV) .....	263
ABCDE do trauma .....	269
Classificações de fraturas em CTBMF .....	285
1. Terço superior da face.....	285
2. Terço médio da face.....	286
3. Terço inferior da face .....	292
Traumatismo dentoalveolar .....	295
Infecções maxilofaciais .....	305







# Autores

## IAN COSTA DOS SANTOS

Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela UFBA - Obras Sociais Irmã Dulce, Especialista em odontologia Hospitalar, Graduado em odontologia pela Universidade Federal da Bahia, com ênfase para as áreas de cirurgia, diagnóstico e atendimento em comunidades isoladas. Atualmente trabalha como cirurgião bucomaxilofacial na prática privada em Salvador-BA e cidades do interior do estado, além de ser professor do curso preparatório para residências em CTBMF da editora SANAR. Experiência em cirurgia, saúde da família, odontologia Hospitalar, sedação e analgesia em odontologia

## LEONARDO CELESTINO GIRÃO NOBRE

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral. Aperfeiçoamento em Cirurgia bucomaxilofacial e implantodontia pela Academia Cearense de Odontologia. Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

## LUISE CAMPOS NUNES

Mestranda em Ortodontia, pela Fundação Herminio Ometto- Uniararas. Especialista em Ortodontia pelo IAPPEM. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente atua com Ortodontista nas cidades de Cruz das Almas, Santo Antônio de Jesus e Salvador. Professora dos cursos preparatórios para concursos e residências em Odontologia da editora SANAR.



# ANAMNESE

**Do grego:**

**Ana** = trazer de novo;

**Mnesis** = memória, recordação

A ANAMNESE é uma entrevista realizada pelo profissional de saúde, no nosso caso, cirurgião-dentista, com seu paciente.

A intenção é ser um pontapé inicial para qualquer tratamento que possa acontecer. Aqui, o profissional vai buscar esmiuçar o passado e presente do paciente: tudo o que esteja voltado à saúde, não só deste mas, seus familiares também!

A pesquisa dos sinais e sintomas devem ocorrer através de um relato livre e espontâneo do paciente, e a cronologia dos fatos deve ser atenta para ser seguida!

## SINAIS OU SINTOMAS?

A sensação relatada pelo paciente de mudança térmica, é um sintoma. Quando a mesma for detectada e/ou mensurada com termômetro, é considerada um sinal.

Ficou claro?



Vamos ter em mente que a narração dos fatos pelos pacientes **NÃO DEVE SER INTERROMPIDA** pelo profissional! Nesse momento, precisamos saber ouvir e anotar tudo o que for dito.

Como o objetivo deste livro não é ensinar ninguém a fazer a anamnese, vamos aos pontos que **NÃO DEVEM SER ESQUECIDOS** em um bom prontuário.



## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

Como classificar o nosso paciente em função do seu estado físico?  
Vamos relembrar?

### ASA I

#### PACIENTE SAUDÁVEL

São aqueles que, de acordo com a sua história médica, não apresentam anormalidade!

Esse é mais fácil de identificar, não é?!

### ASA II

#### PACIENTE COM DOENÇA SISTÊMICA LEVE OU MODERADA, SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Pertencem a esta categoria os pacientes:

- ◇ extremamente ansiosos, com história de episódios de mal-estar ou desmaio (síncope) na clínica odontológica;
- ◇ com mais de 65 anos;
- ◇ que apresentam obesidade moderada;
- ◇ que estão nos primeiros dois trimestres de gestação;
- ◇ com hipertensão arterial controlada por meio de medicação;
- ◇ portadores de diabetes tipo Ii, controlado com dieta ou medicamentos;
- ◇ portadores de desordens convulsivas, que estão controladas por meio de medicação;
- ◇ asmáticos, que ocasionalmente usam broncodilatador em aerossol;



- ◇ tabagistas sem Doença Pulmonar obstrutiva Crônica (DPOC);
- ◇ que apresentam angina estável, assintomática, exceto em extremas condições de estresse;
- ◇ com história de infarto do miocárdio, ocorrido há mais de seis meses, sem apresentar sintomas.

Fonte: ASA Relative Value Guide, 2018.

### ASA III

#### **PACIENTE COM DOENÇA SISTÊMICA SEVERA, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL:**

- ◇ obesidade mórbida;
- ◇ último trimestre da gestação;
- ◇ diabetes tipo 1 (insulino-dependente), com a doença controlada;
- ◇ hipertensão arterial na faixa de 160-194 a 95-99 mmHg;
- ◇ história de episódios frequentes de angina de peito, com sintomas após exercícios leves;
- ◇ insuficiência cardíaca congestiva, com edema de tornozelos;
- ◇ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (enfisema ou bronquite crônica);
- ◇ episódios frequentes de convulsão ou crise asmática;
- ◇ pacientes sob quimioterapia;
- ◇ hemofilia;
- ◇ história de infarto do miocárdio ocorrido há mais de seis meses, mas ainda com sintomas (ex.:angina ou falta de ar).

Fonte: ASA Relative Value Guide, 2018.



## ASA IV

### **PACIENTE COM DOENÇA SISTÊMICA SEVERA, REPRESENTANDO RISCO DE VIDA CONSTANTE**

São classificados nesta categoria os pacientes:

- ◇ com dor no peito ou falta de ar, mesmo enquanto sentados, sem atividade;
- ◇ incapazes de andar ou subir escadas;
- ◇ que acordam durante a noite com dor no peito ou falta de ar;
- ◇ com angina, que pioram mesmo com a medicação;
- ◇ com história de infarto do miocárdio ou de acidente vascular encefálico no período dos últimos seis meses, com pressão arterial maior que 200/100 mmHg;
- ◇ que necessitam da administração suplementar de oxigênio, de forma contínua.

Fonte: ASA Relative Value Guide, 2018.

## ASA V

### **PACIENTE MORIBUNDO COM PERSPECTIVA DE ÓBITO EM 24 HORAS, COM OU SEM CIRURGIA.**

- ◇ Paciente em fase terminal em que a expectativa de vida é menor que 24 horas. Aqui, os procedimentos odontológicos ELETIVOS estão contraindicados.
- ◇ Pertencem à essa categoria, os pacientes:
- ◇ com doença renal, hepática ou infecciosa em estágio final;
- ◇ com câncer terminal.

Fonte: ASA Relative Value Guide, 2018.

## ASA VI

### PACIENTE COM MORTE CEREBRAL DECLARADA

Nesta classificação, o paciente é mantido em ventilação controlada e perfusão, PARA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

Quando o procedimento é considerado de emergência, acrescentar “E” à classificação ASA.

Fonte: ASA Relative Value Guide, 2018.

É interessante sempre ter em mente que o exame clínico-anamnésico é a pedra fundamental sobre a qual vocês irão construir o plano terapêutico. A qualidade do seu tratamento é diretamente proporcional ao seu poder de escuta e capacidade diagnóstica.

Nunca é demais lembrar destas máximas já consagradas, que muitos de vocês devem ter ouvido durante a sua graduação:

O clínico é soberano!  
Tudo dito antes é diagnóstico,  
o que for dito depois, é desculpa!!

Conseguiram ouvir a voz do professor?





# Acidentes e complicações na prática clínica

1





# REAÇÕES DE HIPERSENSIBILIDADE

Luíse Nunes

Previamente definida como um estado de hipersensibilidade, as reações alérgicas, dentre emergências médicas que podem ocorrer na clínica odontológica, sejam as que mais confundem o cirurgião-dentista, pois exigem a obtenção de informações precisas e detalhadas na anamnese (ANDRADE, 2011, p. 113).

De acordo com Malamed (2012, p. 594), apesar de todos os fenômenos alérgicos serem importantes, duas formas de alergia são particularmente consideráveis na prática da odontologia. A tipo I, ou reação anafilática (imediate), pode apresentar uma situação mais perigosa, como crise aguda de asma, reações anafilactoides e o choque anafilático, com risco, até mesmo, de morte. Já a reação alérgica do tipo IV, ou reação alérgica tardia, vista clinicamente como dermatite de contato, é particularmente relevante em virtude do número significativo de pessoas dentro do âmbito odontológico que desenvolvem este tipo de alergia.

Em resumo, as reações alérgicas podem ser classificadas em:

- ◇ Tipo I: imediata ou anafilática;
- ◇ Tipo II: citotóxica ou anticorpo-dependente;
- ◇ Tipo III: mediada por complexos;
- ◇ Tipo IV: dermatite de contato.

Tab 01: Classificação das doenças alérgicas (Gell e Coombs)

TIPO	MECANISMO	PRINCIPAL ANTICORPO OU CÉLULA	TEMPO PARA REAÇÃO	EXEMPLOS CLÍNICOS
I	Anafilaxia: - Imediata, - Homocitocrômica; - Induzida por antígenos; - Mediada por anticorpo	IgG	Segundos à minutos	- Anafilaxia: medicamentos, veneno de inseto, antissoro; - Asma brônquica atópica; - Rinite alérgica; - Urticária; - Angioedema; - Febre do feno.  - Reações de transfusão; - Síndrome de Goodpasture; - Hemólise autoimune; - Anemia hemolítica; - Certas reações a medicamentos.
II	Citotóxica: - Antimembrana	IgM (complemento ativado)	-	- Glomerulonefrite membranosa; - Doença do soro; - Nefrite lúpica; - Alveolite alérgica ocupacional; - Hepatite viral aguda.
III	Complexo imune: - Tipo doença do soro	IgG (forma complexo com 06 à 08 horas o complemento)	06 à 08 horas	- Dermatite alérgica de contato; - Granuloma infecciosa (tuberculosa, micose); - Rejeição de enxerto tecidual; - Hepatite crônica.
IV	Mediada por célula (tardia) OU resposta tipo tuberculínica.	-	48 horas	

FONTE: Adaptado de MALAMED SF. Emergências médicas em Odontologia. 7.ed

Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. pág.595



### Em relação à intensidade da resposta:

As reações alérgicas podem ser classificadas em:

#### **A) Localizadas:**

- ◇ Cutâneas;
- ◇ Vermelhidão de pele;
- ◇ Urticária;
- ◇ Prurido (coceira);
- ◇ Pápulas (*rash* cutâneo);
- ◇ NÃO representam ameaça à vida.

#### **B) Generalizadas:**

- ◇ Instalação mais rápida;
- ◇ Manifestações mais severas;

Além das alterações cutâneas, podem ter:

- ◇ Broncoespasmo;
- ◇ Edema de laringe;
- ◇ Hipotensão arterial;
- ◇ Arritmia;
- ◇ Colapso vasomotor.
- ◇ Apresentam risco de morte e, por isso, devem ser tratadas e diagnosticadas com rapidez.

### Fatores predisponentes:

#### **A) Anestésicos locais:**

Erradamente, são considerados, por serem largamente utilizados na prática odontológica, como os que mais provocam reações alérgicas. Porém, isso não é verdade!!

Os anestésicos locais podem ser classificados em amida ou éster. Com o aparecimento das bases anestésicas do grupo amida, a ocor-



rência de alergia praticamente desapareceu, uma vez que a hipersensibilidade ao anestésico do tipo amida é rara, sendo mais frequente no tipo éster.

O que ocorre, na verdade, é uma maior susceptibilidade dos pacientes a apresentarem alergias verdadeiras aos componentes do tubete anestésico. Abaixo, uma tabela que mostra a composição da solução anestésica local (tubete) e o seu potencial alergênico.

TABELA 02

COMPONENTES	PROPRIEDADES
Base anestésica	Bloqueia a condução nervosa
Vasoconstrictor	Diminui a velocidade de absorção e toxicidade do anestésico local
Metilparabeno	Preserva a solução (bacteriostático)
Metabissulfito de sódio	Impede a oxidação dos vasoconstrictores adrenérgicos
Cloreto de sódio	Mantém a isotonicidade da solução
Água destilada estéril	É diluente

FONTE: ANDRADE ED de, RANALI J. Emergências médicas em odontologia. 3. ed.

São Paulo: Artes Médicas, 2011. pág.115

Em relação à alergia, dois itens merecem destaque **METILPARABENO** e **METABISSULFITO DE SÓDIO**.

### 1) Parabenos: metil, etil, propil

- ◇ Agentes bacteriostáticos;
- ◇ Relacionados aos anestésicos locais do tipo éster;
- ◇ Alergia raramente é sistêmica;
- ◇ Aparece como edema localizado ou erupção cutânea localizada;
- ◇ Resposta do tipo dermatológica;



Em 1984, a Food and Drug Administration (FDA) ordenou a remoção do conservante parabeno de todos os tubetes de anestésico local de uso único fabricados nos Estados Unidos. O metilparabeno ainda está incluído em tubetes de anestésicos locais em alguns países e é encontrado em todos os recipientes de medicamentos injetáveis de doses múltiplas (MALAMED, 2016, p. 599).

## 2) Metabissulfito/Bissulfito de sódio

- ◇ Antioxidantes;
- ◇ Alergia respiratória grave;
- ◇ Broncoespasmo;
- ◇ Presentes em todos os tubetes com vasoconstrictor adrenérgico;
- ◇ Soluções anestésicas SEM vaso, NÃO contêm bissulfito.

### **ATENÇÃO ESPECIAL: Articaína**

Classificada como amida, apresenta molécula híbrida com presença de ligação éster;

Grande lipossolubilidade: devido ao anel tiofeno;

Presença de uma molécula de enxofre: que fez levantar a hipótese de causar reação nos pacientes alérgicos à sulfa.

(ANDRADE, 2011, p. 116)

**PREVENÇÃO:** Aos pacientes alérgicos aos sulfitos, podem ser usados os anestésicos locais sem vasoconstrictor, como exemplo: prilocaína “pura” e mepivacaína “pura”.

### **B) ANTIMICROBIANOS:**

Aqui, destaque **IMPORTANTE** para as penicilinas, pois são responsáveis pelo maior número de alergias e, pode ser induzida por QUAL-





QUER via de administração sendo a via oral a menos provável de causar sensibilidade, e a aplicação tópica a mais provável.

Reações anafiláticas graves em relação à penicilina ocorre quando esta é administrada por via parenteral.

Para finalizar, é importante ressaltar que a alergia pode ser desenvolvida sem que o paciente tenha feito uso prévio da penicilina, pois ela está presente (mesmo que seja em pequenas quantidades) em muitos alimentos consumidos diariamente.

**PREVENÇÃO:** Em pacientes alérgicos à penicilina, pode ser usado a eritromicina (mesmo espectro clínico da penicilina G, e com menor incidência de reação alérgica).

### **C) ANALGÉSICOS e ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTEROIDES (AINEs):**

As reações ao ácido acetilsalicílico (AAS) são relativamente altas e variam de uma simples hipersensibilidade até uma anafilaxia fatal.

Aqui, ainda pode-se encontrar:

- ◇ Urticária leve;
- ◇ Angioedema;
- ◇ Broncoespasmo.

Já em relação aos AINEs, a incidência de alergia é mais baixa. Importância de uma anamnese detalhada para entender a natureza precisa da reação adversa ao medicamento que, muitas vezes, acaba sendo apenas, um efeito colateral desagradável, como:

- ◇ Náuseas;
- ◇ Vômitos;
- ◇ Sonolência;
- ◇ Inquietação (disforia);
- ◇ Constipação.







**PREVENÇÃO:** Aos pacientes alérgicos à aspirina e AINEs, pode ser usado o paracetamol. Analgésico tão eficaz quanto a aspirina, mas não tão eficaz como antipirético. Nos asmáticos, pode ser substituído por **dipirona sódica e corticosteroides, como a dexametasona ou betametasona.**

#### **D) ANSIOLÍTICOS:**

Os barbitúricos, utilizados, raramente, para o controle do medo/ansiedade durante o atendimento odontológico têm o maior risco para reações alérgicas dos pacientes.

As alergias apresentam-se como:

- ◇ Lesões de pele;
- ◇ Erupções e urticárias;
- ◇ Discrasias sanguíneas (menos comum): agranulocitose ou trombocitopenia;
- ◇ Ocorre em pacientes com histórico de asma;
- ◇ Angioedema;

**CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA:** história de alergia a qualquer barbitúrico.

Os benzodiazepínicos, também utilizados como controle do medo/ansiedade, e apresentam menos risco de reações alérgicas em relação aos barbitúricos.

**PREVENÇÃO:** Aos pacientes alérgicos aos barbitúricos, pode ser usado os benzodiazepínicos, como: **Flurazepam, Diazepam, Midazolam, Oxazepam e Triazolam.**





## E) OUTROS AGENTES IMPORTANTES:

Além dos medicamentos acima citados, o dentista deve estar atento a outros produtos que são comumente usados na prática odontológica e que podem desencadear reações alérgicas. Dentre elas, duas merecem destaque:

### 1) Látex:

- ◇ Presente na composição de muitos produtos odontológicos, como luva e lençol de borracha;
- ◇ Desencadeia reações alérgicas severas (não só em pacientes, mas também nos profissionais).

**PREVENÇÃO:** Aos pacientes alérgicos ao látex, pode ser usado o **vinil.**

### 2) Metil metacrilato (monômero das resinas acrílicas):

- ◇ Reações alérgicas localizadas;
- ◇ Caráter inflamatório;
- ◇ Mais comuns com as resinas quimicamente ativadas;
- ◇ Dermatite de contato pode ocorrer nos profissionais e equipe;

As alterações inflamatórias recebem o nome de “feridas na boca pela dentadura”: mucosa oral apresenta-se edemaciada, avermelhada. Paciente relata dor, secura, ardência, desconforto e queimação.

**PREVENÇÃO:** Aos pacientes alérgicos ao metil metacrilato, deve ser evitado o uso de resinas acrílicas. Porém, caso precisem ser usadas, lançar mão das **resinas acrílicas fotopolimerizáveis.**



TABELA 03

MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA QUE PODEM POTENCIALMENTE CAUSAR REAÇÕES ALÉRGICAS				
<p><b>ANTIBIÓTICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penicilinas;</li> <li>- Cefalosporinas;</li> <li>- Tetraciclínas;</li> <li>- Sulfonamidas</li> </ul>	<p><b>ANALGÉSICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ácido acetilsalicílico (AAS, aspirina);</li> <li>- Anti-inflamatórios não esteroideais (AINEs)</li> </ul>	<p><b>OPIÓIDES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fentanil;</li> <li>- Morfina;</li> <li>- Meeridina;</li> <li>- Codeína.</li> </ul>	<p><b>ANSIOLÍTICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barbitúricos.</li> </ul>	<p><b>ANESTÉSICOS LOCAIS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esteres;</li> <li>- Procaina;</li> <li>- Propoxicaína;</li> <li>- Benzocaína;</li> <li>- Tetracaína;</li> <li>- Antioxidante;</li> <li>- (Meta)bissulfito de sódio;</li> <li>- Parabenos;</li> <li>- Metilparabenos.</li> </ul>
				<p><b>OUTROS AGENTES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monômero acrílico (metacrilato de metila);</li> <li>- Látex</li> </ul>

FONTE: Adaptado de MALAMED SF. Emergências médicas em Odontologia. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. pág.597

### 3) Sinais e sintomas:

Como já foi citado anteriormente neste capítulo, as reações alérgicas, por não se tratarem de uma prática corriqueira na clínica odontológica, traz para o dentista algumas dificuldades em se conseguir reconhecer os sinais e sintomas. Resumidamente, as reações podem ser divididas em:

#### **A) Reações cutâneas**

- ◇ Não são consideradas situações de emergência;
- ◇ São reações leves a moderadas na pele e mucosa oral;
- ◇ Manifestam-se após 60 minutos do contato com o agente alergênico;
- ◇ Inchaço: assimétrico;
- ◇ Angioedema localizado: região perioral ou periorbital;
- ◇ Sem a presença de prurido;
- ◇ Rinite;
- ◇ Conjuntivite;
- ◇ Eritema difuso.

TABELA 04: Manifestações das reações alérgicas imediatas, de caráter leve a moderado.

REAÇÕES	SINTOMAS	SINAIS
Angioedema	Inchaço na região perioral ou periorbital, sem coceira	Edema geralmente assimétrico
Eritema difuso	Prurido (coceira)	Pontos ou placas avermelhadas na pele
Urticária	Sensação de alfinetadas	
Rinite	Congestão nasal	Coriza
Conjuntivite	Congestão ocular	Lacrimejamento

FONTE: ANDRADE, E. D.; RANALI J. Emergências médicas em odontologia. 3. ed.

São Paulo: Artes Médicas, 2011. p. 118

## B) Reações respiratórias

### ◇ Broncoespasmo

Dois principais sinais são: chiados respiratórios e o uso dos músculos acessórios da respiração. Comumente observado em pacientes asmáticos com histórico de sensibilidade ao bissulfito de sódio, alergia à aspirina ou AINEs.

### ◇ Edema de laringe

Manifestação mais associada às reações alérgicas, depois do broncoespasmo. Representa risco de morte para o paciente, mesmo não sendo uma complicação comum.

O som é estridente, diferente do chiado respiratório observado no broncoespasmo. Com a evolução do quadro, o paciente torna-se cianótico, obstrução total, nenhum movimento do ar é ouvido ou percebido. É silenciosa e o paciente perde a consciência devido a falta de oxigenação cerebral.

### ◇ Choque anafilático

Também conhecido como anafilaxia generalizada.

Potencialmente ameaçador à vida: reação mais aguda dentre as reações alérgicas.

São bastantes severas e pode ser desencadeada após a administração de um antígeno por QUALQUER via (sendo mais provável pela via parenteral).

Sinais e sintomas são variáveis. Mas há quatro principais que são ALTAMENTE reconhecíveis:

- ◇ Reações cutâneas;
- ◇ Espasmo da musculatura lisa;
- ◇ Insuficiência respiratória;
- ◇ Colapso cardiovascular.

TABELA 05: Fases da evolução do choque anafilático e seus sinais e sintomas

FASE 01: pele, olhos, nariz e trato gastrointestinal	FASE 02: sistema respiratório	FASE 03: sistema cardiovascular
Vermelhidão da pele, coceira	Chiado, tosse	Palidez
Vergões no peito e na face	Dispneia	Taquicardia
Conjuntivite, coriza	Edema de laringe	Hipotensão arterial
Cólicas abdominais	Cianose	Arritmia cardíaca
Náuseas, vômitos e diarreia	-----	Perda de consciência
Incontinência urinária e fecal	-----	Parada cardíaca

FONTE Modificado de ANDRADE, E. D. e RANALI J. Emergências médicas em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011. p. 119

### ALGUMAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ◇ Em casos de urticárias: administrar apenas anti-histamínicos via oral;
- ◇ Em casos de angioedema: torna-se necessária a administração de um corticosteroide, via oral ou intramuscular;
- ◇ Em casos de choques anafiláticos: utilizar epinefrina (adrenalina). Sua eficácia é maior no início da reação. Doses da epinefrina para administração intramuscular:
  - ▶ Adultos: 0,5mL de epinefrina 1:1.000;
  - ▶ Crianças:
    - ▶ > 12 anos: Mesma dose do adulto;
    - ▶ > 12 anos e com baixo peso: 0,3mL de epinefrina 1:1.000;
    - ▶ 6 a 12 anos: 0,3mL de epinefrina 1:1.000;
    - ▶ 6 meses a 6 anos: 0,15mL de epinefrina 1:1.000.



Corticosteroides NÃO são drogas de primeira escolha para a fase aguda da anafilaxia. Porém, NÃO HÁ contraindicação para que ambas as drogas (anti-histamínicos + corticosteroides) sejam administradas concomitantemente. MAS deve-se aguardar o quadro ficar estável após a ação da epinefrina.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, E. D.; RANALI J. *Emergências médicas em odontologia*. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2011. 161p
2. MALAMED, S. F. *Emergências médicas em Odontologia*. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 849 p.
3. CORRÊA. In: CARVALHO, C. Emergências médicas no atendimento odontológico. *Revista RBO*. 2003; 60(2): 108-11
4. Resuscitation Council (UK). Emergency treatment of anaphylactic reactions: guidelines for healthcare providers. London: *Resuscitation Council*; 2008.