

INFLUÊNCIA DO PARAMONOCLOROFENOL CANFORADO NA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM CASOS DE ABSCESSO PERIAPICAL AGUDO

Influence of Paramonochlorophenol Camphorated on the pain of acute apical periodontitis

Ronaldo Araújo **SOUZA**¹, Roberta Catapano **NAVES**², Susyane Almeida de **SOUZA**³, Suely Colombo Nelli **GOMES**¹, João da Costa Pinto **DANTAS**¹, Maurício **LAGO**¹

1- Professores das Disciplinas de Endodontia do Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC)

2 - Professores de Endodontia da EAP da ABO Bahia

3 - Professores da Unidade de Triagem e Urgência Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC)

Endereço para correspondência:

Ronaldo Araújo Souza

Av. Paulo VI, 2038/504, Ed. Villa Marta, Itaipara, Salvador, Bahia

CEP: 41.810-001 TeleFax - (0** 71) 3358-5396

E-mail: ronaldoasouza@lognet.com.br

RELEVÂNCIA CLÍNICA

Apesar do atendimento de urgência constituir um procedimento muito comum na Endodontia, ainda há um certo desconhecimento dos aspectos que o envolvem. Compreendê-lo como um ato operatório que requer um conhecimento científico que pode trazer mais conforto para o paciente é o tema desse trabalho.

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi verificar se o uso do Paramonoclorofenol Canforado (PMCC) como medicação após o atendimento de urgência em casos de abscesso periapical agudo é o fator determinante da ausência de dor pós-operatória dos pacientes. O tratamento de urgência em 33 pacientes com abscesso periapical sintomático foi dividido em dois grupos. Nos pacientes do grupo I, após o atendimento foi colocada uma bolinha de algodão embebida em PMCC na câmara pulpar e no grupo II foi colocada uma bolinha de algodão seca, sem nenhum medicamento. Os resultados mostram que não houve diferença significativa entre os dois grupos.

Palavras-Chave: Abscesso periapical agudo, tratamento de urgência, medicação intracanal

ABSTRACT

The aim of this work was to verify if PMCC, as a local medication after emergency treatment, exerts any influence on patient pain after treatment. To do so, 33 teeth with acute periapical abscess were treated and divided in two groups. In teeth of group I, a cotton pellet with PMCC was puted in pulp chamber and in group II a dry cotton pellet was used without any medicament. Results show that there was no significant difference between the two groups.

Key Words: Acute periapical abscess, emergency treatment in Endodontics, intracanal dressings

INTRODUÇÃO

As alterações pulpare e/ou periapicais podem dar origem a várias patologias que frequentemente determinam a necessidade de intervenção endodôntica. As diversas patologias pulpare e periapicais têm recebido diferentes classificações, ora apoiadas nos aspectos histopatológicos, ora apoiada nas condições clínicas.

As expressões aguda e crônica têm sido largamente utilizadas para definir algumas delas. Sob o ponto de vista histofisiopatológico, uma patologia em estado agudo expressa a fase exsudativa da inflamação, quando a exacerbação das alterações vasculares promove modificações marcantes na relação dos vasos com os tecidos, induzindo a manifestações clínicas que comumente provocam grande desconforto aos pacientes^{1,2}. É nesta fase que surgem, por exemplo, o edema e a dor. Estas manifestações decorrem basicamente do excessivo acúmulo de material nos espaços intersticiais.

As alterações teciduais parecem variar na dependência do grau de agressão. Por mecanismos complexos, porém, o organismo se mobiliza no sentido de eliminar o agente agressor e reconstituir os tecidos destruídos. Este momento constitui a fase crônica, na qual a proliferação celular é a tônica, daí ser chamada de fase proliferativa da inflamação. É a junção desses dois momentos, fases exsudativa e proliferativa, que constitui o binômio inflamação/ reparo.

Uma das seqüelas mais comuns das alterações pulpare é representada pela necrose pulpar. Apesar de se saber possível a necrose asséptica em qualquer parte do organismo³, a

necrose da polpa e doença periapical encontram a sua grande causa na presença de microorganismos na cavidade pulpar^{4,5}. Uma vez estabelecida esta condição, há duas conseqüências básicas; o surgimento de uma periodontite apical sintomática (aguda), geralmente com desenvolvimento para o abscesso periapical sintomático, ou uma periodontite apical assintomática (crônica), estabelecendo o desenvolvimento de uma lesão periapical. As duas situações têm solução através de um tratamento endodôntico bem conduzido, porém, a primeira, normalmente, leva ao quadro de dores intensas e à conseqüente necessidade de atendimento de urgência. Nesta situação, para que o paciente recupere as suas condições de normalidade é fundamental a intervenção do cirurgião-dentista.

Após o atendimento de urgência nas situações de abscesso periapical agudo, o endodontista tem sido orientado a colocar uma bolinha de algodão embebida em Paramonoclorofenol Canforado (PMCC) na câmara pulpar. Muitos acreditam que só agindo assim garantem a ausência de dor pós-operatória. É objetivo deste trabalho analisar se este procedimento é o responsável pela ausência de dor pós-operatória no atendimento de urgência do abscesso periapical agudo.

MATERIAL E MÉTODO

Pacientes portadores de abscesso periapical agudo foram atendidos na Unidade de Triagem e Urgência (UTU) do Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC). Não houve nenhuma preocupação em se determinar o grupo de dentes.

As únicas exigências eram a condição de que fossem portadores do quadro de abscesso em fase aguda e que não estivessem sob uso de medicação sistêmica. Atendendo a esses critérios, um total de 33 pacientes foram atendidos. Como norma do Curso de Odontologia da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC), todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento, que autoriza o atendimento e a utilização dos seus resultados para efeito de pesquisa e publicação.

Os pacientes foram anestesiados de acordo com a necessidade de cada situação e em seguida os dentes foram isolados através de isolamento absoluto, quando então foi feito acesso à câmara pulpar, também de acordo com o estabelecido para cada grupo de dentes.

Já no acesso à câmara pulpar observou-se a drenagem do exsudato purulento e durante todo o ato operatório a câmara pulpar foi irrigada com hipoclorito de sódio a 2.5%, com irrigação final com soro fisiológico, aspiração e secagem com bolinhas estéreis de algodão. Os pacientes foram então divididos em dois grupos.

Nos dentes dos pacientes do grupo I (14 dentes), foi colocada uma bolinha de algodão estéril, de tamanho compatível com a câmara pulpar, embebida em PMCC, após remoção do seu excesso com gaze estéril. O selamento coronário foi realizado com Cimpat para os dentes anteriores e IRM para os posteriores. No grupo II (19 dentes) procedeu-se da mesma maneira, isto é, foi colocada uma bolinha de algodão estéril, também de tamanho compatível com a cavidade, porém, sem PMCC. Neste grupo não se usou nenhum medicamento. O selamento coronário foi feito nas mesmas condições do grupo I.

Para que não houvesse problemas de incompreensão por parte dos pacientes com questionários para avaliação de quantificação da dor, eles foram orientados para simplesmente observar e anotar a ausência ou presença de dor nos primeiros sete dias, prazo em que eram contactados para o devido registro dos resultados.

RESULTADOS

Os resultados estão expressos na Tabela 1 e no Gráfico 1. Em ambos pode-se observar a semelhança de comportamento dos dois grupos. De acordo com o teste do qui-quadrado, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos I, onde se usou o PMCC, e II, onde nenhuma medicação foi utilizada.

DISCUSSÃO

A necrose pulpar apresenta duas conseqüências básicas; o surgimento de uma periodontite apical sintomática (aguda), geralmente com desenvolvimento para o abscesso periapical agudo, ou de uma periodontite apical assintomática (crônica), caracterizando a lesão periapical. O estabelecimento dessas duas condições se deve à presença de microorganismos na cavidade pulpar, entretanto, não só essa presença é a responsável pela patologia que irá se estabelecer, mas, também outros fatores.

Sabe-se que a patologia periapical apresenta uma relação direta com a virulência e quantidade de microorganismos e a resistência orgânica do hospedeiro. O equilíbrio entre esses fatores leva ao surgimento de uma patologia crônica enquanto que o contrário induz à agudização do processo.

Tabela 1 – Valores absolutos da ausência de dor pós-atendimento de urgência em casos de abscesso periapical sintomático.

Grupos	n = 33	s/ dor	c/ dor
I	14	14	0
II	19	17	2

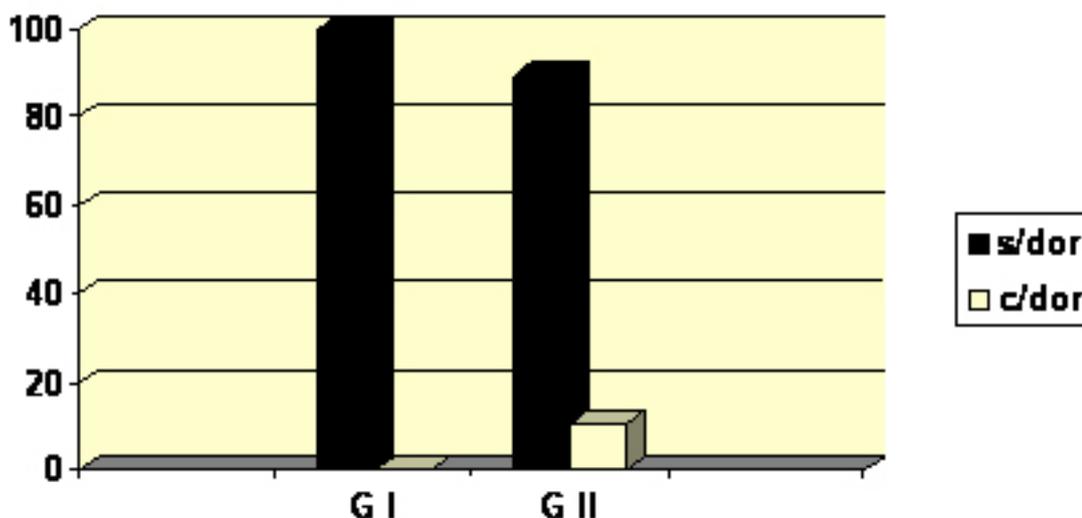


Gráfico 1 - Valores percentuais da ausência de dor pós-atendimento de urgência em casos de abscesso periapical sintomático.

A situação de equilíbrio existente na patologia crônica conduz a um quadro de ausência de sintomas clínicos (razão pela qual é também denominada de assintomática), o que faz com que frequentemente ela seja diagnosticada durante o exame clínico de rotina. Nesse momento, alguns sinais, como eventuais alterações cromáticas da coroa e presença de fístula, adquirem grande importância. Diante do estabelecimento do diagnóstico, planeja-se o tratamento endodôntico, que, bem conduzido, permite o reparo.

A doença endodôntica é uma doença bacteriana⁸. É a presença de infecção no sistema de canais que promove a formação das lesões periradiculares. Segundo Bystrom *et al.*⁶ (1987), o objetivo final do tratamento endodôntico é a eliminação da bactéria do canal radicular. Portanto, o preparo do canal bem conduzido é o fator responsável por esse processo^{7,8}.

Também na situação de abscesso em fase aguda, o tratamento endodôntico bem realizado levará ao processo de reparo, porém, antes que essa terapia seja planejada, graças ao intenso desconforto a que é levado o paciente surge com força dramática a necessidade do atendimento de urgência.

Ainda hoje são muito comuns os atendimentos de urgência como resposta à necrose pulpar e

desenvolvimento de abscessos periapicais agudos, gerando uma quantidade relevante de profissionais envolvidos com esse procedimento, o que, por sua vez, deve trazer uma considerável experiência a esses profissionais quando diante desses momentos. Como consequência, dever-se-ia esperar um pleno conhecimento não só da sua execução, como também das razões que levaram à sua necessidade, tendo em vista que o como fazer de todo ato cirúrgico deve ser acompanhado do porque fazer. Todavia, ainda parece haver um certo desconhecimento nesse sentido.

De acordo com Souza⁸ (2003), o edema e a dor, esta última principalmente, constituem as causas mais importantes das urgências em Endodontia. Ambos têm a sua origem nas alterações vasculares e teciduais. Nos casos de pulpíte sintomática, a pressão tecidual gerada pela congestão vascular leva à existência da dor. Nesta condição, o excessivo acúmulo de material extracelular (formação de edema) confere esse quadro. Segundo Souza⁸ (2003) e Souza *et al.*⁹ (2004), ao ter acesso à câmara pulpar e remover o seu tecido, com a consequente descongestão pela drenagem do exsudato hemorrágico, o endodontista promove o alívio da dor sem a necessidade de qualquer medicação local.

Na situação de necrose pulpar e infecção do sistema de canais que leva à formação de abscesso periapical agudo, há semelhança quanto à condição de acúmulo de material extracelular, o que também leva a uma pressão tecidual intensa. Isto significa que, tal qual na polpa viva, a eliminação da dor deve ocorrer pela descompressão tecidual através do acesso à cavidade pulpar e promoção da drenagem do exsudato, que desta vez é purulento¹⁰.

Sendo assim, não se deve creditar à utilização do PMCC a responsabilidade pela ausência de dor após os atendimentos de urgência. É o que mostram os resultados deste trabalho, haja vista que não houve diferença estatística significativa entre o grupo I, onde se utilizou o PMCC, e o grupo II, onde ele não foi utilizado, o que se pode perceber na Tabela 1 e Gráfico 1.

Pode-se observar que nos grupos I e II houve 100% e 90% respectivamente de ausência de dor. Apesar de não haver diferença estatística, em termos percentuais ficaria configurada uma discreta diferença a favor do uso do PMCC, que poderia ser discutida sob alguns ângulos, entre os quais a necessidade de se considerar que a dor sofre influência de outros fatores, como a presença de mediadores químicos da inflamação e tempo de drenagem¹⁰. Essas possibilidades devem encontrar mais oportunidade de ocorrência quanto maior for a quantidade de casos atendidos, fato registrado no grupo II, onde não se utilizou nenhum medicamento. Contudo, o que se deseja mostrar como mais importante é o fato de que essa diferença não representa uma condição significativa que possa apontar a ausência de dor como um reflexo da utilização do PMCC. Em outras palavras, os resultados deste trabalho sugerem que o controle da dor não guarda relação de dependência com a utilização da medicação.

Como já foi dito, outros aspectos têm participação importante na presença e controle da dor no pós-operatório, como a existência de mediadores químicos da inflamação e o tempo de drenagem, porém a análise desses fatores não foi objetivo do trabalho. Também não foi seu objetivo condenar a utilização de um medicamento na situação considerada. A utilização de uma

medicação local pode ter outros objetivos, como o de proteger o sistema de canais contra, por exemplo, uma contaminação ou recontaminação, o que seria desejável, entretanto, deve ser ressaltado que também não foi esse o objetivo deste trabalho, mas, tão somente, analisar a ausência da dor em função do uso ou não do PMCC. Porém, ainda que se tenha em mente a preocupação com a possibilidade de contaminação, há um aspecto digno de registro.

Apesar da importância de se tentar evitar a contaminação ou recontaminação pós-operatória em qualquer procedimento endodôntico, deve ser lembrado que, como normalmente o atendimento de urgência é realizado sem o agendamento prévio do paciente, tendo como consequência uma alteração brusca na agenda do profissional, ele visa fundamentalmente a eliminação da dor do paciente e não da infecção. Sendo assim, após o atendimento o sistema de canais continuará infectado para, em sessão seguinte, planejada para tal, fazer-se a terapia endodôntica que conduzirá ao controle de infecção e conseqüente processo de reparo.

CONCLUSÃO

É possível que a quantidade de casos analisada neste trabalho seja insuficiente para se chegar a alguma conclusão, porém as inferências que podem ser feitas a partir deles apontam para o equívoco que se comete ao associar-se a ausência de dor ao uso do PMCC nas condições testadas. A ação medicamentosa local tem merecido lugar de destaque na Endodontia, no entanto, deve-se entender que é a intervenção bem conduzida do profissional a grande responsável pelo alívio da dor do paciente nos tratamentos de urgência em casos de abscesso periapical agudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Robbins-Pathologic Basis Disease. 6. ed. Philadelphia: W B Saunders Company; 1999.
2. Trowbridge HO, Emling RC. Inflamação - Uma Revisão do Processo. 4. ed. São Paulo: Quintessence; 1996.

3. Consolaro A. Ácidos e Sistemas Adesivos Sobre a Polpa Dentária: Uma Abordagem Crítica. *Rev Bras Odontol.* 1997; 54 (4): 198-203.
4. Cwikla SJ, Belanger M, Giguere SM, Progulske-Fox A, Vertucci FJ. Dentinal Tubule Disinfection Using Three Calcium Hydroxide Formulations. *J Endod.* 2005; 31 (1): 50-2.
5. Kakehashi S, Stanley HR, Fitzgerald RJ. The Effects of Surgical Exposures of Dental Pulp in Germ-free and Conventional Laboratory Rats. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1965; 2: 340-9.
6. Bystrom A, Happonen RP, Sjogren U, Sundqvist G. Healing of periapical lesions of pulpless teeth after endodontic treatment with controlled asepsis. *Endod Dent Traumatol.* 1987; 3: 58-63.
7. Sabeti MA, Nekofar M, Motahhary P, Ghandi M, Simon JH. Healing of apical periodontitis after endodontic treatment with and without obturation in dogs. *J Endod.* 2006; 32 (7): 601-714.
8. Souza RA. *Endodontia Clínica.* São Paulo: Santos; 2003.
9. Souza RA, Naves RC, Souza AS, Colombo SNG, Dantas JCP. Análise da Influência do Uso de uma Associação Corticosteróide-Antibiótico na Ausência de Dor no Pós-Operatório do Tratamento das Urgências em Endodontia. *J Bras Endod.* 2004; 5 (18): 213-6.
10. Nusstein JM, Reader A, Beck M. Effect of Drainage upon Access on Postoperative Endodontic Pain and Swelling in Symptomatic Necrotic Teeth. *J Endod.* 2002; 28 (8): 584-8.