

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ALVEOLITES

Marcos Takemoto¹
 Leandro Gauer²
 Camila D'Campora Zago³
 Marina Rotta de Andrade⁴
 Daniel Tagliari⁵

RESUMO

Foi realizado uma revisão de literatura de uma das complicações pós-operatórias mais frequentes após exodontias de dentes permanentes. Trata-se da alveolite, cujo diagnóstico é uma complicação grave caracterizada por dor pulsátil e que não alivia com administração de analgésico, manifestando-se entre o segundo e o terceiro dia após a extração, podendo está associado a um alvéolo completamente vazio ou parcialmente preenchido por coágulo, podendo ainda estar associado a um quadro de halitose. Além dos sintomas locais, devido ao quadro de infecção aguda podem ocorrer sinais de comprometimento sistêmico, como a febre. Sua etiologia é tida como multifatorial e o conhecimento dos possíveis fatores etiológicos ou ainda predisponentes, bem como das diversas opções para o tratamento da alveolite é de fundamental importância para o clínico geral. Vários fatores podem predispor o paciente ao surgimento de alveolites, como por exemplo o fumo, o trauma cirúrgico, a idade do paciente, o uso de anticoncepcionais orais e ainda a falta de higiene oral. Dentre as medidas preventivas que reduzam ou evitem esta situação deste desconforto, destacamos o uso de bochecho de clorexidine 0,12% no pré-operatório e mantido por 2 semanas, duas vezes ao dia associado a uma adequada técnica cirúrgica asséptica. Nas técnicas que envolvem a remoção de 3º molares retidos, além do bochecho antisséptico, a aplicação de uma profilaxia antibiótica reduziu em mais de 50% dos caso de alveolites.

Palavras-chave: Alveolite; Osteíte; Alveolite fibrinolítica; Alveolite dolorosa seca / úmida.

1 INTRODUÇÃO

No exercício da atividade odontológica, o Cirurgião-Dentista (CD) quando se depara com complicações pós-operatórias e que deve proporcionar num menor intervalo de tempo possível, uma solução a fim de proporcionar um melhor conforto físico e psicológico ao paciente.

A alveolite, apesar de pouco freqüente é uma complicação pós-exodôntica extremamente dolorosa para o paciente. Quando ocorre, o paciente pode questionar a

¹Cirurgião-Dentista, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial, Especialista em Prótese Dentária, Especialista e Mestre em Implantodontia.

²Cirurgião-Dentista, Especialista e Mestre em Ortodontia.

³Cirurgiã-Dentista, Especialista e Mestre em Implantodontia.

⁴ Cirurgiã-Dentista; Mestre em Ortodontia –FHO –Uniararas-SP; Especialista em Saúde da Família –UFSC marinarotta@hotmail.com

⁵ Cirurgião-Dentista, Especialista e Mestre em Ortodontia.

habilidade e o conhecimento científico da profissional. É uma patologia debilitante, em que 45% dos pacientes podem requerer até quatro consultas adicionais pós-operatórias para o tratamento da sua situação clínica.

Portanto saber identificar a etiologia e os fatores predisponentes da alveolite tornam-se uma necessidade do CD e o sucesso do tratamento e o do bom relacionamento paciente-profissional depende dos cuidados na prevenção e no tratamento desta enfermidade.

Vários estudos realizados aprestam diversas medidas preventivas que reduzem a incidência de alveolites, Formas de tratamento utilizando-se de técnicas e medicamentos são descritas na literatura, objetivando o alívio da sintomatologia dolorosa e o restabelecimento da cicatrização óssea.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A alveolite representa, então até hoje, um assunto de grande relevância, em razão de sua ocorrência, complicações e peculiaridades. Esta patologia pode ser classificada em seca e úmida e são os tipos clinicamente mais comuns diagnosticadas na prática clínica diária.

A Alveolite seca é a complicação mais pertinaz e desagradável decorrente da exodontia dentária. Ocorre através da infecção do alvéolo, principalmente por estreptococos e estafilococos, gerando no paciente dores intensas que se prolongam, por vários dias. Aparece logo no segundo ou terceiro dia após a extração e se prolonga por um período até quinze dias. Observa-se um alvéolo aberto, desprovido de coágulo com exposição do osso alveolar e com as paredes ósseas totalmente desprotegidas e de cor branco-marfim.

No tipo úmida ou supurativa, verificando-se uma inflamação alveolar, evidenciada pela desorganização do coágulo, encontrando-se um alvéolo com hemorragia, além de abundante exsudado purulento. (HERRMANN; BAEZA, 1984; ADEYEMO; LADEINDE; OGUNIEWE, 2007; MARZOLA, 2000 e 2008 e BORTOLUZZI; MANFRO; DÉA et al., 2010). A dor é menos intensa e persistente que na alveolite seca e, sinais de febre e sudorese podem ser verificados, melhorando após tratamento com antibiótico. (MARZOLA, 2000 e 2008 e BORTOLUZZI; MANFRO; DÉA et al., 2010).

2.1 FATORES ETIOLÓGICOS

Os traumatismos são muitas vezes provocados durante as exodontias e, na sua maioria são originadas por causas iatrogênicas, como a realização de manobras bruscas, dilaceração dos tecidos gengivais, osteotomias sem irrigação, além de curetagens não necessárias. Estas agressões aos tecidos estão muitas vezes associadas ao aparecimento da alveolite (LARSEN, 1991; ADEYEMO, 2007 e MARZOLA, 2000 e 2008). Isto produziria um atraso na cicatrização alveolar, podendo conduzir à trombose dos vasos subjacentes, diminuindo a resistência às infecções no osso alveolar (SANZ; HERRERA; MARTINEZ, 2001 e MARZOLA, 2000 e 2008).

De acordo com Marzola (2008), a contaminação bacteriana são a causa mais provável da fibrinólise do coágulo, tendo sido demonstrado que amostras de saliva com maiores níveis de microbianos possuem maiores habilidades de dissolver o coágulo in vitro. Evidências indiretas ratificam que o papel dos microorganismos orais também influencia a incidência de alveolite associada a má higiene oral.

Outro fator etiológico pesquisado refere-se ao tabaco. A grande maioria dos pacientes fumantes que não respeitam o protocolo de parar de fumar uma semana antes do procedimento, incrementa a possibilidade de aumentar em 40% a chance de alveolite e a taxa de alveolite aumenta em 20% nos pacientes que fumam mais de um maço de cigarros por dia. (HENG; BADNER; CLEMENS et al., 2007 e MARZOLA, 2000 e 2008). A incorporação de contaminantes na ferida e a ação de sucção sobre o coágulo em formação são considerados os mecanismos pelos quais o tabaco pode interferir no processo de reparo alveolar. Não existem dados científicos que relacionem o calor, o fumo ou os fatores sistêmicos do tabaco com o desenvolvimento da alveolite (BLUM, 2002).

Noroozi e Philbert (2009) recordam que a anestesia com vasoconstritor é fator importante na patogenia da alveolite, por provocar isquemia e, interferindo com a oxigenação dos tecidos, reduzindo assim o processo da cicatrização. Assim deve-se evitar situações que estimulem a isquemia, como a aplicação de anestésicos com vasoconstritor em regiões de baixa vascularização, infiltração de soluções a temperaturas baixas e técnicas de anestesia intraligamentar sem controlo da pressão da injeção.

3 TRATAMENTO

Entre as alterações tratadas no âmbito da odontologia, provavelmente seja a alveolite a que dispõe de maior arsenal terapêutico. Muitos experimentos foram realizados com a

intenção de favorecer a cicatrização e de diminuir a sua incidência, variando desde o uso de soluções antissépticas pré-operatórias de medicamentos tópicos no interior do alvéolo à medicação sistêmica. Os tratamentos locais adotados e descritos na literatura caracterizam – se muitas vezes pelo empirismo: desde o preenchimento do alvéolo com oxido de zinco e eugenol, ou a utilização de esponjas embebidas com antibióticos, até medicamentos indicados para esse fim, como as pastas de ácido acetilsalicílico, bálsamo do peru, eugenol, ceresina e metronidazol a 10 %, lidocaina a 2%, carboximetilcelulose ou lanolina e menta, todos apresentando bons resultados. (ALEXANDER, 2000).

Há um consenso de que a limpeza cirúrgica do alvéolo através de curetagem e irrigação deva anteceder a introdução desses medicamentos no seu interior (CARVALHO, 1991 e MARZOLA, 2000 e 2008). Contudo, uma curetagem apenas suave e apenas na mucosa para não retirar os restantes dos ligamentos periodontais (MARZOLA, 2000 e 2008). A utilização destas pastas pode ser feita com uma gaze estéril umedecida com a pasta sendo colocada no interior do alvéolo e trocada, se possível, todos os dias (ALEXANDER, 2000). Pasta de metronidazol a 10% com lidocaína a 2% Com a aplicação local de metronidazol a 0,5% em orabase é possível suprimir a microflora anaeróbia bucofaríngea, sendo possível obter concentrações salivares equivalentes à administração oral de 1g, sem ocorrência de alterações sanguíneas e sem novas colonizações (BORTHER; HEIMDALL; NORD, 1987). Em um estudo realizado em ratos, analisou-se a eficácia de três modalidades de tratamento para a alveolite. Em grupos de ratos distintos realizaram-se algumas modalidades de tratamento, como a limpeza cirúrgica com curetagem e irrigação com soro fisiológico; procedimento de limpeza por curetagem e irrigação acrescido da pasta a base de metronidazol a 10% com lidocaína a 2% sendo o veículo a lanolina e a menta como aromatizante. O mesmo procedimento anteriormente citado, porém diferindo quanto ao veículo, sendo utilizado a carboximetilcelulose. Nesta pesquisa, a limpeza cirúrgica como única modalidade de tratamento, mostrou-se menos eficaz que sua ação conjunta com as pastas à base de metronidazol. A melhor ação foi aquela obtida com a pasta tendo como veículo a carboximetilcelulose (POI et al., 1998). Oxido de zinco e eugenol Possui função mecânica, impedindo a penetração de microorganismos, como também pela ação do eugenol, que age no sentido de impedir a proliferação microbiana devido ao seu poder antisséptico. O eugenol ao penetrar nas células bacterianas desnatura suas proteínas citoplasmáticas e nucleares (CURY et al., 1993). O Alveosan é composto de ácido acetil salicilico (6,25g), bálsamo do Peru (2,65g), eugenol (0,05g) e seresina ou lanolina como veículo (6,08g) demonstra claramente

sua ação analgésica e antisséptica. Possui boa biocompatibilidade provavelmente devido à pequena quantidade de eugenol na sua fórmula, que, teoricamente, seria o agente mais irritante. O Alveoliten é constituído por óxido de zinco, iodofórmio, paramonoclorofenol e resina branca, favorecendo o reparo alveolar em alvéolos com alveolite e, provavelmente por combater a infecção, protegendo as paredes do alvéolo (CARVALHO, 1991). Em um estudo com ratos, verificou-se a eficácia do tratamento da alveolite com a utilização de duas pastas, Alveosan e Alveoliten, precedidos por curetagem e irrigação com soro fisiológico. Neste estudo o Alveosan apresentou resultados microscópicos mais satisfatórios, provavelmente devido a sua constituição ser menos irritante. (MARZOLA, 2000 e 2008)

Como já foi referido a prevenção assume um papel importantíssimo na alveolite. Isto acontece pelo fato de ainda não existir uma causa específica para esta patologia, existindo sim o conhecimento de um conjunto variado de fatores que são assumidos como sendo predisponentes da alveolite. Deste modo o tratamento etiológico desta patologia não existe na atualidade, assumindo a prevenção uma grande importância. Aquele que seguir uma técnica bem orientada, que evitar traumatismos excessivos e que, além de tudo adotar um padrão compatível de assepsia para todas as exodontias e cuidar do alvéolo, durante e logo após as extrações, com a atenção que merece toda a ferida cirúrgica, terá uma menor probabilidade de se defrontar com um problema de alveolite. A verdade é que a complicação pode ocorrer por fatores incontrolláveis, isto é, por uma causa predisponente geral. Não se pode negar que ela às vezes ocorre, por mais perfeita que seja a técnica empregada e por maiores que tenham sido os cuidados de assepsia e o critério do cirurgião. Entre as causas predisponentes gerais estão, por exemplo, a má resistência às infecções, avitaminoses, diabetes, entre outras.

4 CONCLUSÕES

Não se deve realizar curetagem do alvéolo, devido risco da infecção se disseminar, retardando ainda mais a cicatrização do alvéolo.

1. Apesar de empírico, colocar medicamentos como pastas com óxido de zinco e eugenol, gazes com iodoforme ou Alvogyl tem sido usadas para vedar o alvéolo exposto, aliviando episódios de sintomatologia dolorosa no paciente.

2. Conduas preventivas como evitar fumar por 24 horas antes e depois do ato cirúrgico, uso de soluções de clorexidina a 0,12% no pré e pós operatório, e realizar a exodontia na última semana do ciclo menstrual tem reduzido risco de alveolite.

REFERÊNCIAS

ADEYEMO, W.; LADEINDE, A.; OGUNIEWE, M. Influence of transoperative complications on socket healing following dental extractions. **J. Contemp. Dent. Pract.**, v. 8, n. 1, p. 9-16, jul., 2007.

ALEXANDER, R. Dental extraction wound management: a case against medicating postextraction sockets. **J. oral Maxillofac. Surg.**, v. 58, n. 5, p. 538-51, may, 2000.

BLUM, I. R. Visões contemporâneas sobre alvéolo seco (osteíte alveolar): uma avaliação clínica da etiopatogenia, padronização e gestão: Uma análise crítica. **Int. J. oral Surg.**, v. 31, p. 309-17, set., 2002.

BORTHER, L.; HEIMDALL, A.; NORD, C. E. Selective suppression of the anaerobic oropharyngeal microflora with local metronidazole. **Br. J. oral maxillofac. Surg.**, v. 25, n. 6, p. 49-56, jan., 1987.

BORTOLUZZI, M.; MANFRO, R.; DÉA, B et al., Incidence of dry socket, alveolar infection, and postoperative pain following the extraction of erupted teeth. **J. Contemp. Dent. Pract.**, v. 11, n. 1, p. 27-34, jun., 2010.

CARVALHO, P. S. P. de, et al., Influence of surgical cleaning andlor alveosan dressing on infected wound healing after tooth extraction. histological study in rats. **Rev. Odont. UNESP**, São Paulo, v. 20, n. 9, p. 165- 73, jan., 1991.

CURY, A. et al., Influência do “Alveosan” sobre o processo de reparo perturbado de feridas de extração dental. Estudo histológico em ratos. **Rev. Odont. UNESP**, São Paulo, SP, v. 12, n. 1\2, p. 29-35, fev., 1993.

HENG, C.; BADNER, V.; CLEMENS, D. et al., The relationship of cigarette smoking to postoperative complications from dental extractions among female inmates. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 104, p. 757-62, dec., 2007.

HERRMANN, A. K.; BAEZA, E. Alveolites seca e úmida. **Atual Odontol. bras.** v. 1, n. 1, p. 1-9, nov., 1984.

LARSEN, P. E. O efeito de uma lavagem a clorexidina na incidência de alveolite Após a remoção cirúrgica do terceiro molar mandibular impactado. **J. oral Maxilofac. Surg.**, v. 49, n. 2, p. 932-7, fev./mar., 1991.

LARSEN, P. E. Alveolar osteitis after surgical removal of impacted mandibular third molars. Identification of the patient at risk. **Oral med. pathol.**, v. 53, n. 4, p. 393-7, jan., 1992.

MARZOLA, C. **Técnica Exodôntica**. São Paulo: Ed. Pancast, 2000.

MARZOLA, C. **Fundamentos de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial**. São Paulo: Ed. BigForms, 2008, 6v.

NOROOZI, A.; PHILBERT, R. Modern concepts in understanding and management of the dry socket syndrome: comprehensive review of the literature. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, v. 107, n. 2, p. 30-5, jan., 2009.

POI, W. R. Influência da pasta Sultam sobre o processo de reparo em alvéolo dentário infectado. Análise histológica em ratos. **Rev. bras. Odontol.** v. 9, n. 28, p. 9-13, set., 2000.

SANZ, M.; HERRERA, D.; MARTINEZ, A. et al., Estudo clínico comparativo da eficácia da azitromicina contra amoxicilina / ácido clavulânico ac tratamento de infecções agudas orais. **RCOE**, v. 6, n. 13, p. 387-94, fev., 2001.