

Anestesia odontológica

*Ronaldo Rettore Júnior

No plano de tratamento da maioria dos pacientes que requerem cuidados especiais, um assunto que ainda causa muita controvérsia diz respeito à escolha da solução anestésica local. Nos dias de hoje, quando os cirurgiões-dentistas solicitam informações aos médicos responsáveis pelo tratamento de pacientes diabéticos ou com risco cardiovascular, é comum receberem como resposta uma “cartinha” com os seguintes dizeres: “Paciente encontra-se, no momento, apto a receber tratamento odontológico. Obs.: Não usar anestésicos locais com vasoconstritores”. Isto acarreta certa indecisão ao profissional de Odontologia quanto a qual procedimento adotar, ou seja, atender à recomendação médica e empregar uma solução anestésica local sem vasoconstritor, mesmo sabendo que a mesma irá proporcionar uma anestesia pulpar de curta duração, ou assumir o “risco” de usar soluções anestésicas com vasoconstritor.

Com relação a isso, pode-se dizer que a maioria dos médicos raramente usa adrenalina em sua prática clínica, com exceção talvez dos anestesistas, cirurgiões gerais ou

os que atuam em serviços de emergência ou centros de terapia intensiva. Quando a adrenalina é usada na Medicina, isto acontece na maioria das vezes em situações de emergência, onde a dose empregada é muito maior que aquela utilizada em Odontologia. Segundo MALAMED⁴, a dose média de adrenalina IM ou IV (na concentração de 1:1000 ou 1:10.000), empregada no tratamento da anafilaxia ou parada cardíaca é de 0,5 a 1 mg, enquanto 1 tubete anestésico com adrenalina a 1:100.000 contém apenas 0,018 mg.

Portanto, é compreensível que muitos médicos pensem na adrenalina em termos das doses empregadas na Medicina de emergência, e não nas formas mais diluídas como acontece nas anestésias locais em Odontologia.

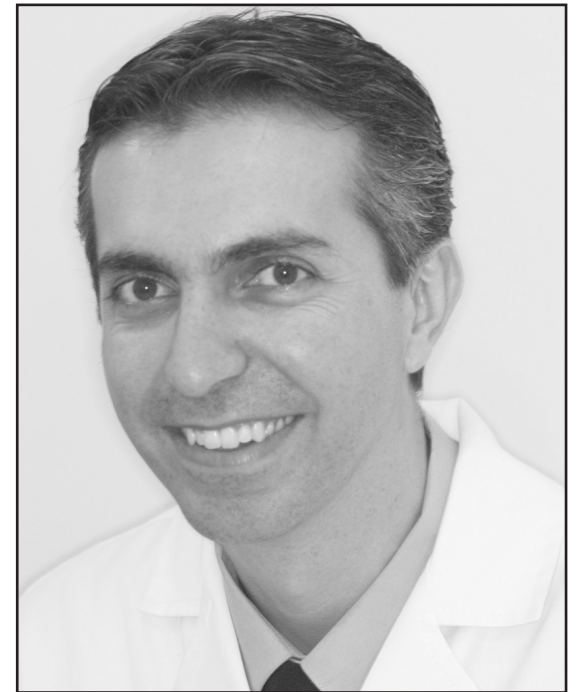
Paralelamente, a grande maioria dos médicos desconhece o fato de que muitas vezes os cirurgiões-dentistas necessitam de uma anestesia pulpar de maior duração, o que não é conseguido quando se utilizam as soluções anestésicas sem um agente vasoconstritor associado.

Segundo RETTORE⁵, quando se empregam soluções anestésicas locais sem vasoconstritor, a margem de segurança

clínica é diminuída, pois a dose máxima é geralmente maior e é calculada em função da quantidade do sal anestésico e não do agente vasopressor. Portanto, é necessário que a forma de comunicação entre os cirurgiões-dentistas e os médicos seja modificada e valorizada, buscando-se muito mais uma troca de informações entre os profissionais do que simplesmente um pedido de informações por parte do dentista.

Segundo BENNETT², “quanto maior for o risco clínico de um paciente, mais importante se torna o controle eficaz da ansiedade e da dor”, ou seja, a anestesia local em pacientes diabéticos ou com problemas cardiovasculares deve ser eficiente o bastante para proporcionar um efetivo controle da dor durante e logo após o atendimento, evitando-se desta forma a secreção aumentada de catecolaminas e suas conseqüências. Isto normalmente não se consegue quando se empregam as soluções anestésicas locais sem vasoconstritor.

Quando são obedecidos os princípios da técnica de anestésica local (injeção lenta precedida de aspiração prévia), respeitadas as quantidades máximas de anestésicos por sessão, associados a vasoconstritores em concentrações mínimas - adrenalina 1:100.000 ou 1:200.000 ou ainda felipressina 0,03 UI/ml - o controle da dor é praticamente garantido e a resposta ao estresse exagerada, é evitada. Quando houver contra-indicação absoluta do uso de vasoconstritores, pode-se optar pelas soluções anestésicas à base de mepivacaína 3% sem vasoconstritor, que proporcionam uma anestesia pulpar de até 20



nonnonono nononononononononono

minutos nas injeções infiltrativas e de até 30 a 40 minutos nos bloqueios regionais ou seccionais.

Ainda quanto à escolha da solução anestésica local, deve-se levar em consideração o risco das interações medicamentosas indesejáveis, já que diabéticos, hipertensos e cardiopatas normalmente fazem uso contínuo de medicamentos, sendo que alguns deles podem interagir com os vasoconstritores adrenérgicos e provocar efeitos adversos.

* Especialista e Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - PUC-RS - 1994; doutorando em Implantodontia - SLCampinas; coordenador da especialização em Implantodontia - CEO-IPSEMG; professor de Cirurgia I e II da UNINCOR - Betim; autor do Livro: “Emergências Odontológicas”

Referências Bibliográficas

1. ANDRADE, E.D. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*, São Paulo, Artes Médicas, 1998, 189 p.
2. BENNETT, C.R. *Monheim - anestesia local e controle da dor na prática dentária*, 7a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1986.
3. GOULET, J.P.; PÉRUSSE, R.; TURCOTTE, J.Y. *Contraindications to vasoconstrictors in dentistry: Part III - Pharmacologic interactions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 74, p.692-697, 1992.
4. MALAMED, S. *Medical emergencies in the dental office*, 4ª ed., Saint Louis, Mosby, 1993, p.10-49.
5. RETTORE, R.J. *Emergências Odontológicas*, 1ª ed. Belo Horizonte, O Lutador, 2000, 243 p.

Instituto Modal