

Protocolo farmacológico utilizado em cirurgias de terceiros molares não-irrompidos pela área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP

Medicine protocol used in non-erupted third molar surgery by the Maxillofacial Surgery Area from Piracicaba Dental School – UNICAMP

CORTEZ, André Luís Vieira;
FARAH, Gustavo Jacobucci*;
MOREIRA, Roger William Fernandes***

RESUMO:

Devido à diversidade de protocolos farmacológicos utilizados em cirurgias de terceiros molares não-irrompidos, sugere-se, neste trabalho, através de revisão de literatura, um protocolo utilizado pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP no controle da dor, edema, trismo, infecção e ansiedade, o qual vem sendo empregado há 7 anos, com resultados clínicos satisfatórios.

UNITERMOS:

Terceiros molares, protocolo farmacológico, cirurgia ambulatorial.

INTRODUÇÃO

Os pacientes que deverão ser submetidos à cirurgia odontológica, seja ela ambulatorial ou hospitalar, necessitam da prescrição de algum tipo de medicamento. Dependendo das condições sistêmicas do paciente, sua idade e do tipo de intervenção a ser realizada, o protocolo medicamentoso varia de acordo com o quadro clínico em questão.

Várias são as situações clínicas na Odontologia, nas quais faz-se necessário lançar mão de medicamentos, e, os analgésicos, constituem-se uma categoria de drogas amplamente utilizada nestas ocasiões. Dentre os analgésicos, os produtos contendo dipirona são os mais prescritos no Brasil.^{11, 16, 27}

O trauma inerente à cirurgia invasiva tem como reflexo a reação inflamatória.

Esta reação natural de defesa do organismo, muitas vezes, traz mais prejuízos que, propriamente, benefício ao paciente.^{28, 39} Estas manifestações - como edema, calor, dor e rubor - que, conseqüentemente, trazem desconforto ao paciente, devem ser atenuadas ou moderadas profilaticamente. Por isso mesmo, medicamentos com propriedades antiinflamatórias têm a sua indicação.

Sabe-se que, na cavidade bucal, existe um grande número de microrganismos e, qualquer procedimento clínico que lese a mucosa, é capaz de levar um paciente a um quadro de bacteremia, que se caracteriza pela presença destes microrganismos na corrente sanguínea.

A prevenção de infecções baseia-se na redução do número de bactérias na ferida cirúrgica e na melhoria das defesas orgânicas do paciente.³² Esta diminuição das

* Mestrando em Clínica Odontológica – Área de concentração Cirurgia Buco-Maxilo-Facial FOP-UNICAMP – SP.

** Professor da Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial - FOP-UNICAMP - SP.

bactérias é sustentada pelos princípios de assepsia e antisepsia, que regem qualquer procedimento cirúrgico.¹³

O ato cirúrgico é, muitas vezes, considerado uma situação de *stress* para o paciente, gerando sinais prévios de ansiedade, apreensão e, até mesmo, fobia ao tratamento. Para controlar a ansiedade, o grupo de drogas ansiolíticas mais empregado é o dos benzodiazepínicos.^{21, 23, 30, 34}

Com todos os estudos já realizados, ainda hoje existe uma ampla diversidade de opiniões quanto ao protocolo medicamentoso usado nas cirurgias para remoção dos terceiros molares, estejam eles irrompidos ou não. Assim, em decorrência da importância do assunto, este trabalho objetiva apresentar, através de uma revisão de literatura, o protocolo medicamentoso utilizado pela área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP nas cirurgias para remoção do terceiros molares não-irrompidos.

REVISÃO DE LITERATURA

1 – Analgésicos

A dipirona é um analgésico que existe no mercado há aproximadamente 77 anos. Foi introduzida na terapia clínica em 1922, sendo registrada, no Brasil, em 1923 para o tratamento de diferentes estados de dor. Atualmente, é um dos medicamentos mais receitados no mundo e apresenta alto grau de eficácia no tratamento de febre e dor, relatados em mais de 100 países.²⁵

MUKHERJEE, SOOD²⁷ (1980), compararam o efeito da aspirina, dipirona e placebo no controle da dor pós-operatória em 267 pacientes, que foram divididos em três grupos, cada um recebendo uma medicação. Avaliaram seus efeitos nos intervalos de 30 minutos, 1, 2, 3, 4, 5 e 6 horas. Observaram que, já nos primeiros 30 minutos, em alguns pacientes, a analgesia pela dipirona foi relatada. Concluíram que, estatisticamente, a dipirona apresentou maior efeito analgésico quando comparado com a aspirina e o placebo, tendo, inclusive, uma ação mais prolongada do seu efeito quando comparada com a aspirina na 6ª hora de acompanhamento após a sua administração.

DAFTARY *et al.*¹¹ (1980), comparando o efeito da dipirona e do paracetamol em relação ao placebo, relataram que, na presença de dor moderada a severa, a dipirona respondeu melhor que o placebo e o paracetamol, promovendo um maior grau de analgesia durante o período de avaliação.

RUBINSTEIN, CANALINI³⁶ (1986), ao avaliarem a dipirona e o acetaminofen (paracetamol) em comparação com placebo, verificaram que os primeiros são equipotentes como analgésicos e estatisticamente superiores ao placebo.

HALFELD¹⁶ (1992) realizou uma análise crítica sobre os benefícios e riscos da dipirona. Para isso, levou em consideração a literatura existente até o momento de sua análise, principalmente, no que foi atribuído à dipirona como efeitos colaterais: agranulocitose e anemia aplásica. Através de uma pesquisa, intitulada “estudo de Boston”, da qual participaram mais de 40 investigadores de diversos países, que se iniciou em julho de 1980 e teve duração de 4 anos, reunindo regiões geográficas e somando um total de 22,3 milhões de pessoas, pode-se avaliar realmente os riscos dos efeitos colaterais desta droga. O que se concluiu foi que não houve uma relação causal do uso da dipirona e agranulocitose, bem como, da anemia aplásica. Autores como KEWITZ²² (1987), VLAHOV, BACRACHEVA⁴² (1989) complementam esta teoria com dados de suas pesquisas, as quais corroboram seus resultados com tais achados. Na Suécia, por exemplo, o uso de dipirona foi proibido em 1978 e, mesmo assim, a incidência de agranulocitose foi superior à média total e superior à cifra de outros países com alto consumo de dipirona.

HALFELD¹⁶ (1992), ainda comparou entre si as substâncias ácido acetilsalicílico (AAS), paracetamol e dipirona, que fazem parte do mesmo grupo de drogas analgésicas antipiréticas. Concluiu que, quanto à sua atividade analgésica e antipirética, o paracetamol foi nitidamente inferior à dipirona. Entre as substâncias, a dipirona foi a que apresentou menor potencial de toxicidade.

MAIA, VALENÇA²⁵ (1994) compararam o efeito da dipirona, paracetamol e

ácido acetilsalicílico sobre o sistema cardiovascular, o alívio da dor e o sangramento em cirurgias odontológicas eletivas. Concluíram que não houve alterações significativas na pressão arterial e pulso radial com a utilização de tais substâncias. Quanto à promoção do alívio da dor no período pós-cirúrgico, mostraram-se equipotentes e não houve diferença estatisticamente significativa quanto à alteração de sangramento associado ao tipo de medicamento utilizado. Relataram ainda, que a dipirona foi o analgésico de primeira escolha utilizado pelos cirurgiões-dentistas em cirurgias eletivas.

2 – Antiinflamatórios esteroidais

A ação antiinflamatória dos corticosteróides foi descoberta em 1949 por HENCH¹⁸ e colaboradores quando eles utilizaram a droga no tratamento da artrite reumatóide. Desde então, a sua utilização foi aumentando, principalmente nas diversas especialidades da Medicina. Na Odontologia, apesar de sua eficácia comprovada pela literatura, até a década de 90, estes ainda continuavam sendo pouco utilizados, sob o argumento de que provocariam uma diminuição da resistência às infecções e retardariam os processos de reparo tecidual, entre outros efeitos colaterais indesejáveis.^{40, 42}

Segundo vários autores^{14, 20, 39}, a utilização dos corticosteróides têm sua indicação na redução da dor, edema e trismo pós-operatório, em procedimentos cirúrgicos bucais. Para outros^{28, 29, 31}, os glicocorticóides se destacam por apresentarem uma maior potência de ação na atenuação do edema e da dor, decorrentes de intervenções cirúrgicas odontológicas, especialmente a dexametasona e a betametasona, que apresentam uma potência de cerca de 25 vezes maior que a hidrocortisona e têm uma meia vida plasmática e biológica mais duradoura de, aproximadamente, 300 minutos e 36-72 horas, respectivamente. A betametasona diferencia-se da dexametasona apenas na organização espacial do radical metil, sendo que, clinicamente, os efeitos e toxicidade de ambas são muito semelhantes.¹⁹

SISK, BONNINGTON⁴⁰ (1985), comparando a ação de agentes

antiinflamatórios esteroidal (corticosteróides) e não-esteroidal, em pacientes que se submeteram à cirurgia ambulatorial, observaram que os corticosteróides apresentaram-se como drogas de escolha na prevenção do edema pós-cirúrgico. Para o controle da dor, não houve diferenças estatísticas significantes.

VOLPATO, ANDRADE⁴³ (1992), estudando o efeito da betametosa sobre o processo de reparo alveolar em ratos, observaram que houve pequeno atraso na síntese e maturação do tecido ósseo; porém, aos 28 dias de avaliação, todos os alvéolos encontravam-se completamente reparados. Concluíram, portanto, que, na dose única, os corticosteróides não interferem no processo de reparo ósseo alveolar, como alguns autores relataram.¹⁹

Comparando duas preparações de betametasona, ALMEIDA, ANDRADE¹ (1992) avaliaram seus efeitos sobre o edema, trismo e dor, decorrentes da remoção de terceiros molares inferiores retidos. Utilizaram 6mg de betametasona, em dose única, forma de preparação de depósito, via intramuscular, no terceiro molar inferior do lado esquerdo e, do outro lado, 4mg do mesmo medicamento, dose única, na forma de comprimidos. Concluíram com o presente estudo que a dose única via oral (4mg de betametasona) foi mais eficaz no controle da dor e edema facial pós-operatório. Não houve diferença estatisticamente significativa com relação ao grau de trismo pós-operatório entre as duas preparações.

SOUZA, ANDRADE⁴¹ (1997) pesquisaram o efeito da betametasona em dose única, sobre a glicemia de ratos normais e diabéticos. Concluíram que a droga não altera de forma significativa a glicemia, contribuindo com o achado para a avaliação do risco/benefício quanto ao uso de uma dose única deste medicamento em indivíduos diabéticos controlados.

BASTOS⁴ (1998) comparou a ação da dexametasona e meloxicam no controle de edema e trismo, após exodontia de terceiros molares inferiores inclusos. Concluiu que a primeira droga possuiu efeito maior no controle do edema, porém, não houve diferenças estatísticas quando comparado ao meloxicam no controle do trismo.

ALMEIDA *et al.*² (2000) propuseram um protocolo farmacológico para controle da dor, decorrente da exodontia dos terceiros molares mandibulares inclusos. Para isso, utilizaram como droga de efeito antiálgico e antiinflamatório, a betametasona, associada a duas preparações anestésicas: de curta e longa duração. Concluíram após a pesquisa que a associação betametasona/anestésico de longa duração proporcionou melhores resultados clínicos, visto que, segundo outros autores, a dor pós-operatória se manifesta mais intensamente nas primeiras 12 horas, sendo o "pico" geralmente observado no período de 6 a 8 horas.^{8, 39} Os autores discutem que esse resultado pode ser devido mais à ação duradoura da droga anestésica de longa duração, do que propriamente da ação da betametasona.

Com relação aos efeitos colaterais dos antiinflamatórios esteroidais, vários autores concluíram que, em doses únicas, como tem-se recomendado para os procedimentos cirúrgicos ambulatoriais em Odontologia, a utilização da medicação é segura (GERSEMA, BAKER¹⁴, 1992; WILLIAMSON *et al.*⁴⁴, 1980). Com exceção das reações alérgicas, efeitos colaterais como alteração do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, retardo de reparo ósseo e cicatrização da ferida, podem ocorrer em decorrência do uso prolongado e crônico dos esteróides (HOOLEY, HOHL²⁰, 1974).

3 – Antibióticos

A possibilidade de infecção pós-operatória é geralmente determinada por fatores relacionados ao paciente (extremos de idade, obesidade, pacientes descompensados) e ao procedimento (quebra da cadeia asséptica, duração da cirurgia e falta de cuidados com a ferida cirúrgica).^{32, 37}

CURRAN *et al.*¹⁰ (1974), avaliando os resultados de dois grupos, um com terapia antibiótica e, o outro, sem, concluíram que não houve diferenças estatísticas entre os grupos, com relação a presença de infecção, trismo, edema e dor pós-operatória.

MACGREGOR, ADDY²⁴ (1980), em seu estudo, concluíram que o uso dos an-

tibióticos são justificados para cirurgias de dentes com total inclusão óssea, melhorando o trismo e a inflamação pós-operatória. Não houve diferenças significativas quanto a prevenção de infecção pós-operatória em relação ao grupo controle.

Segundo GOLDBERG *et al.*¹⁵ (1985), o uso de antibioticoprofilaxia não está indicado na exodontia de dentes irrompidos ou na exodontia de terceiros molares superiores. Todavia, estas drogas são úteis nos casos de inclusão de molares inferiores, nos quais a taxa de infecção pós-operatória varia de 3 a 5%.

A profilaxia antibiótica para pacientes portadores de articulações artificiais é justificável quando estes pacientes estão medicamente comprometidos ou quando serão submetidos a procedimentos de alto risco de bacteremia.^{7, 13} Pacientes portadores de doenças metabólicas bem controlados devem ser considerados pacientes normais, desaconselhando o uso de antibióticos se mantidos os princípios básicos de antisepsia e esterilização, segundo PETERSON³² (1990).

HAPPONEN *et al.*¹⁷ (1990), observaram que não houve diferenças entre antibioticoterapia e placebo, nas cirurgias de terceiros molares, com relação ao trismo, edema e dor.

No estudo de SANDS *et al.*³⁷ (1993), afirmaram que independentemente do uso de antibiótico para cirurgias de terceiros molares, 7% dos alvéolos se infectam; portanto, não há justificativa para o uso rotineiro de profilaxia antibiótica.

CAPUZZI *et al.*⁶ (1994), em seus estudos, não encontraram diferenças estatisticamente significantes que justificassem a indicação de antibióticos em cirurgias de terceiros molares.

Já PIECUCH *et al.*³³ (1995), afirmam que o uso pré-operatório de antibióticos reduz significativamente infecções pós-operatórias em extrações de terceiros molares mandibulares.

ZEITLER⁴⁵ (1995), após ter realizado uma ampla revisão de literatura, conclui que não se deve recomendar como rotina o uso profilático de antibióticos para a extração de terceiros molares inclusos.

Também, CASTRO⁷ (1998), recomenda que a profilaxia antibiótica seja dada quando o risco de infecção é alto ou

quando, apesar de baixo risco, a consequência de uma infecção é extremamente mórbida.

4 – Ansiolíticos

Os benzodiazepínicos provavelmente se constituem num dos grupos de drogas mais utilizados na história da Medicina, pois são eficazes e seguros clinicamente quando comparados com outros medicamentos empregados no tratamento da ansiedade.³

SANTOS, GREGORI³⁸ (1987), estudando os efeitos colaterais do diazepam, afirmaram que ocorre um pequeno decréscimo na frequência cardíaca quando utilizado pela via intra-venosa.

Segundo ORELAND³⁰ (1987) e RALL³⁴ (1990), os benzodiazepínicos são um grupo de drogas ansiolíticas de baixa toxicidade e seguro para serem usados na clínica diária, pois para causarem efeitos danosos, necessitam de serem utilizados numa dosagem muito alta (50 vezes a dose terapêutica). A hipersensibilidade e reações anafiláticas são extremamente raras, segundo JERRAM²¹ (1988).

ROBIN, VALLS³⁵ (1988), numa pesquisa sobre pré-medicação ansiolítica em Odontologia, demonstraram que o diazepam era a droga mais empregada, com efeitos colaterais indesejáveis muito baixos.

ABRAHÃO *et al.*³ (1997), propondo um protocolo medicamentoso utilizando-se o diazepam por via oral, concluíram que há uma segurança clínica com relação a distúrbios causados no sistema cardiovascular.

APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO E COMENTÁRIOS

O protocolo farmacológico utilizado pela área de Cirurgia Bucocomaxilofacial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP, é o que se segue:

a) No combate da dor:

Utiliza-se dipirona sódica 500mg, 4/4 horas, por dois dias (48 horas).

Os trabalhos encontrados na literatura mostram que esta droga apresenta índices baixíssimos de envolvimento com

efeitos colaterais tipo agranulocitose, hipotensão arterial e anemia aplásica, como também os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1998, que confirmam tais achados. Ela tem um potente efeito analgésico, o que foi comprovado por vários autores, justificando o seu emprego na cirurgia bucal.^{11, 16, 36}

b) No controle do edema e trismo (reação inflamatória):

Utiliza-se dexametasona 4mg ou betametasona 4mg, via oral, em dose única, 1 hora antes da intervenção cirúrgica.

Os achados de ALMEIDA, ANDRADE¹ (1992); BASTOS⁴ (1998); SOUZA, ANDRADE⁴¹ (1997); VOLPATO, ANDRADE⁴³ (1992); ALMEIDA *et al.*² (2000), puderam comprovar que, na dose única de 4mg, os corticosteróides não oferecem riscos quanto à variação da glicemia, não interferem no processo de reparo ósseo e, possui melhores resultados clínicos no controle da reação inflamatória decorrente do trauma cirúrgico, quando comparados com o uso dos anti-inflamatórios não-esteroidais (AINES).

c) Na prevenção de infecções pós-operatórias:

Preconiza-se a manutenção da cadeia asséptica.

Para os pacientes com história prévia de infecção crônica no local onde será realizada a cirurgia (pericoronarite crônica), e em pacientes descompensados imunologicamente que necessitem de cirurgia de urgência, utilizamos: Amoxicilina 1g, via oral, 1 hora antes da cirurgia (antibioticoprofilaxia).

Na prevenção da endocardite bacteriana, segue-se as recomendações do protocolo farmacológico preconizado pela American Heart Association (A. H. A.).¹²

É desnecessário o uso rotineiro da profilaxia antibiótica em pacientes saudáveis, sem história prévia de infecção e controlados sistemicamente, justificado nos trabalhos de: PETERSON³² (1990); CASTRO⁷ (1998); DAJANI *et al.*¹² (1997); GOLDBERG *et al.*¹⁵ (1985); SANDS *et al.*³⁷ (1993); ZEITLER⁴⁵ (1995).

d) Na redução da ansiedade:

Utiliza-se diazepam de 5 a 10mg ou midazolam 15mg, em dose única, 1 hora

antes do procedimento cirúrgico.

Os pacientes não colaboradores, ansiosos, pacientes infantis, são um dos principais grupos em que são indicadas a utilização destas drogas, para proporcionar bem-estar, conforto e controle dos movimentos. Além disso, estão indicadas em procedimentos que serão longos, portanto, necessitando de maior colaboração do paciente e controle do seu *stress*. Estas drogas são da família dos benzodiazepínicos, na qual o seu uso é seguro pois a dose considerada tóxica é cerca de 50 a 80 vezes maior do que a dose usual (terapêutica). Portanto, em uso único e restrito, não causa dependência, não há depressão do sistema cárdio-respiratório, justificando o seu uso seguro no ambiente ambulatorial ABRAHÃO *et al.*³ (1997); COUTINHO⁹ (1998); LOEFFLER²³ (1992); BELL, KELLY⁵ (2000); ROBIN, VALLS³⁵ (1988); JERRAM²¹ (1988).

CONCLUSÕES

1 - Pelos estudos descritos na literatura e as pesquisas já realizadas na faculdade em questão, esse protocolo medicamentoso que está sendo utilizado há sete anos, vem trazendo resultados satisfatórios quanto às condições de controle da dor, edema, trismo, ansiedade e infecção pós-operatória;

2 - É de conhecimento, que há variabilidade quanto aos tipos de drogas a serem usadas em cirurgias ambulatoriais, e, que existe, muitas vezes, o uso desnecessário destas drogas;

3 - O presente trabalho exemplifica um tipo de protocolo, efetivo e que não expõe o paciente à riscos desnecessários quanto ao tipo de medicamento utilizado. Vale ressaltar o bom senso em cada caso e o ambiente cirúrgico no qual será realizada a intervenção cirúrgica.

SUMMARY

Because of the variety of pharmacological protocols used in non-erupted third molar surgery, the article proposes, through a literature review, a protocol used at Piracicaba Dental School – UNICAMP, in the pain relief, swelling, trismus, infection and anxiety, which has

been employed for 7 years, with satisfactory clinical results.

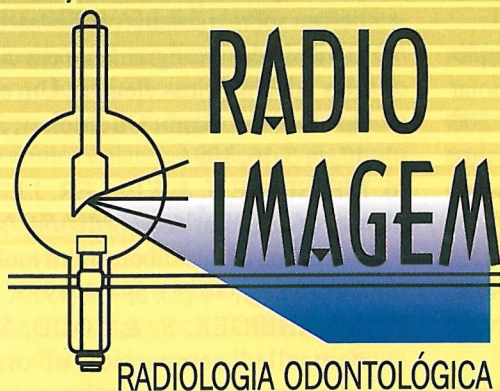
UNITERMS

Third molar, pharmacological protocol, ambulatory surgery.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, F. M. & ANDRADE, E. D. Estudo clínico comparativo dos efeitos de duas preparações de betametasona, sobre edema, trismo e dor, decorrentes da remoção de terceiros molares retidos. **Rev. Paul. Odontol.** v. 14, n. 2, Mar/Abr., 1992.
- ALMEIDA, F. M. I et al. Sugestão de um protocolo farmacológico para o controle da dor decorrente da exodontia de terceiros molares mandibulares inclusos. **Rev. Paul. Odontol.** v. 12, n. 1, Jan./Fev., 2000.
- ABRAHÃO, J. M. B. et al. Estudo clínico dos efeitos do diazepam e da dexametasona associados à bupivacaína a 0,5%, sobre a pressão arterial e a frequência cardíaca. **Rev. Bras. Odontol.** v. 54, n. 1, 1997.
- BASTOS, E. G. Estudo clínico comparativo entre duas drogas de ação antiinflamatória (dexametasona e meloxicam) no controle do edema e trismo após exodontia de terceiros molares inferiores inclusos. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP-UNICAMP. 1998. (tese, Mestrado).
- BELL, G. W. & KELLY, P. J. A study of anxiety, and midazolam-induced amnesia in patients having lower third molar teeth extracted. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.** 2000, p. 596-602.
- CAPUZZI, P. et al. Extraction of impacted third molars: a longitudinal prospective study. **Oral Surg.**, 77: 341, 1994.
- CASTRO, W. H. Antibiótico profilático em cirurgia buco-maxilo-facial. **Rev. CROMG**, v. 4, n. 1, Jan./Jun., 1998.
- COOPER, S. A. & BEAVER, W. T. A model to evaluate mild analgesics in oral surgery outpatients. **Clin. Pharmacol. Ther.**, v. 20, n. 2, p. 241-250, 1976.
- COUTINHO, T. C. L. O uso da sedação consciente em odontopediatria: estágio atual da questão. **Rev. Fluminense de Odontologia.** 1999. p. 5-9.
- CURRAN, J. B. et al. An assessment of the use of prophylactic antibiotics in third molar surgery. **Int. J. Oral Surg.**, v. 3, n.1, 1974.
- DAFTARY, S. N. et al. A controlled comparison of dipyrrone and paracetamol in post-episiotomy pain. **Curr. Med. Res. Op.**, v. 6, n. 9, p. 614-618, 1980.
- DAJANI, A. et al. Prevention of bacterial endocarditis. Recommendations by the American Heart Association. **JAMA**, v. 277, n. 22, 1997.
- FIELD, E. A. & MARTIN, M. V. Prophylactic antibiotics for patients with joints undergoing oral and dental surgery necessary or not? **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.** 29, p.341-346, 1991.
- GERSEMA, L. & BAKER, K. Use of corticosteroids in oral surgery. **J. Oral Maxillofac. Surg.** 50: 270-277, 1992.
- GOLDBERG, M. H. et al. Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. **J. Am. Dent. Assoc.**, 111:277, 1985.
- HALFELD, G. Uma análise crítica sobre benefícios e riscos da dipirona. **Rev. Paul. Odontol.**, v. 14, n. 6, Nov/Dez, 1992.
- HAPPONEN, R. P. et al. Prophylactic use of phenoxymethylpenicillin and tinidazole in mandibular third molar surgery, a comparative placebo controlled clinical trial. **Br. J. Oral Maxillofac.** 28:12, 1990.
- HENCH, P. S. et al. The effect of a hormone of the adrenal cortex (17-hydroxy-11-dehydrocorticosterone: compound E) and of pituitary adrenocorticotrophic hormone on rheumatoid arthritis – a preliminary report. **Proc Staff Meet Mayo Clin.**, 24: 181-97, 1949.
- HOOLEY, J. R. & FRANCIS, F. H. Betamethasone in traumatic oral surgery. **J. Oral Surg.**, 27: 398-403, 1969.
- HOOLEY, J. R. & HOHL, T. H. Use of steroids in the prevention of some complications after traumatic oral surgery. **J. Oral Surg.**, v. 32, n 11, p. 864-866, 1974.
- JERRAM, T. Hypnotics and sedatives, in Dukes MNG (ed): **Meyler's Side Effects of Drugs** (ed 11). Amsterdam, The Netherlands, Elsevier, 1988, p. 90-96.
- KEWITZ, H. Metamizol. Führt die Indikationseinschraenkung zu einem Rückgang der Agranulozytose. **Dtsch. Aerztebl.** 84: B-1351-B-1354. 1987.
- LOEFFLER, P. M. Oral benzodiazepines and conscious sedation: a review. **J. Oral Maxillofac. Surg.** 50: 989-997, 1992.
- MACGREGOR, A.J. & ADDY, A. Value of penicilin in the prevention of pain, swelling and trismus following the removal of ectopic mandibular third molars. **Int. J. Oral. Surg.** 9: 166-172, 1980.
- MAIA, L. C. & VALENÇA, A. M. G. Estudo comparativo do efeito da dipirona, paracetamol e ácido acetilsalicílico sobre o sistema cardiovascular, alívio da dor e sangramento em cirurgias odontológicas eletivas. Um estudo “in vivo”. **Amb. Odontol.**, v. 3, n. 17, p. 3-16, 1994.
- MESSER, E. J. & KELLER, J.J. The use of intraoral dexamethasone after extraction of mandibular third molars. **Oral Surg.**, 40 (5): 594-8, 1975.
- MUKHERJEE, S. & SOOD, S. A controlled comparison of orally administered aspirin, dipyrrone and placebo in patients with post-operative pain. **Curr. Med. Res. Opin.** 6: 619-23, 1980.
- NEUPERT, E. A. et al. Evaluation of dexamethasone for reduction of postsurgical sequelae of third molar removal. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, v. 50, n. 11, p. 1177-1182, Nov. 1992.
- OLSTAD, O. A. & SKJELBRED, P. Comparison of the analgesic effect of a corticosteroid and paracetamol in patients with pain after oral surgery. **Br. J. Clin. Pharmacol.**, 22: 437-42, 1986.
- ORELAND, L. **The benzodiazepines:**

- A pharmacological overview. *Acta Anaesthesiol Scand.* 32: 13, 1987.
31. PEDERSEN, A. Decadronphosphate in the relief of complaints after third molar surgery. *Int. J. Oral Surg.*, 14: 235-40, 1985.
 32. PETERSON, L. J. Antibiotic prophylaxis against wound infections in oral and maxillofacial surgery. *J. Oral Maxillofac. Surg.* 48: 617-20, 1990.
 33. PIECUCH, J. F. et al. Prophylactic antibiotics for third molar surgery: a supportive opinion. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 53: 53-60, 1995.
 34. RALL, T. W. Hypnotics and sedatives; Ethanol, in (Goodman LS, Gilman AG (eds): *Goodman and Gilman's Pharmacological Basis of Therapeutics* (ed 8). Elmsford, NY, Pergamon, 1990, p. 345-379.
 35. ROBIN, O. & VALLS, C. Enquête sur la prémédication anxiolytique en odontologie. *Actual. Odontostomat.* 163: 579-88, 1988.
 36. RUBINSTEIN, I. & CANALINI, A. F. Estudo duplo-cego comparativo entre acetaminofen, dipirona e placebo na dor pós-operatória em urologia. *F. Méd.*, v. 92, n. 3, p. 201-206, 1986.
 37. SANDS, T. et al. Third molar surgery: current concepts and controversies. *Oral Health* 83:19, 1993.
 38. SANTOS, W. & GREGORI, C. O uso de diazépínico em cirurgias odontológicas. *Rev. Ass. Paul. Cirurg. Dent.* 41(3): 162-74, 1987.
 39. SEYMOR, R. A. et al. Dihydrocodeine induced hyperalgesia in post-operative dental pain. *Lancet*, v. 1, p. 1425-1426, 1982.
 40. SISK, A. L. & BONNINGTON, G. J. Evaluation of methyl-prednisolone and flurbiprofen for inhibition of the postoperative inflammatory response. *Oral Surg.*, 60 (2): 137-45, 1985.
 41. SOUZA, P. M. & ANDRADE, E. D. Efeitos de uma dose única de betametasona sobre a glicemia de ratos normais e diabéticos. *F Méd.* (BR), v. 115 (1): 61-66, 1997.
 42. VLAHOV, V. & BACRACHEVA, N. Agranulocytosis and dipyrone. *Lancet.* 2, 8673: 1215, 1989.
 43. VOLPATO, M. C. & ANDRADE, E. D. Efeitos de duas formas farmacêuticas de betametasona sobre o processo de reparação alveolar dental. Estudo histológico em ratos. *F Méd.* (BR), 105 (4): 205-209, 1992.
 44. WILLIAMSON, L. W. et al. Hypothalamic-pituitary-adrenal suppression after short-term dexamethasone therapy for oral surgical procedures. *J Oral Surg.* 38: 20, 1980.
 45. ZEITLER, D. Prophylactic antibiotics for third molar surgery. *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 53: 61-64, 1995.



Radiologia Odontológica e Documentação Ortodôntica.

Eliana Vanessa Carneiro
CRO-GO 4580

FONES:

(62) 324-6567 / 321-2481

E-mail:radioim@terra.com.br

Em breve, novo endereço:
Av. Santos Dumond nº446 - Bairro Jundiáí

Rua Pedro Braz de Queiroz nº 191 CEP 75110-780
Bairro Jundiáí - Anápolis-GO