

TRATAMENTO EMERGENCIAL DE REAÇÕES ALÉRGICAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

EMERGENCY TREATMENT OF ALLERGIC REACTIONS IN DENTAL OFFICE

Paulo Ricardo Saquete MARTINS-FILHO *

Thiago de Santana SANTOS **

Clóvis MARZOLA ***

Heitor Fontes da SILVA ****

Daniel Galvão COSTA ****

* Mestre em Ciências da Saúde, Núcleo de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal de Sergipe.

** Cirurgião Buco Maxilo Facial, Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco.

*** Professor Titular de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Bauru da USP, Aposentado e Professor dos Cursos de Especialização e Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial promovidos pelo Colégio Brasileiro de Cirurgia e Traumatologia BMF, Hospital de Base da Associação Hospitalar de Bauru e APCD Regional de Bauru.

**** Acadêmicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe.

RESUMO

As reações alérgicas constituem uma fração importante das complicações que ocorrem no consultório odontológico e podem ser divididas em reações alérgicas imediatas e tardias. O profissional da área odontológica tem, desta forma, a responsabilidade de prevenir e tratar estas intercorrências em seu ambiente de trabalho. O objetivo deste trabalho é, através de uma revisão da literatura, abordar o tratamento emergencial das reações alérgicas que podem se desenvolver no consultório odontológico.

ABSTRACT

Allergic reactions are an important part of the complications that occur in the dental office and can be divided into late and immediate reactions. The dental professional has, therefore, the responsibility to prevent and treat these complications in their work environment. The aim of this study is, through a review of the literature, discussing the emergency treatment of allergic reactions that can develop in the dental office.

Unitermos: Reações alérgicas; anestesia; anafilaxia.

Uniterms: Allergic reactions; anesthetic; anaphylaxis.

INTRODUÇÃO

As reações de hipersensibilidade decorrem da reexposição de um organismo a um determinado alérgeno, apresentando-se na forma de uma reação lesiva aos tecidos, denominada de reação alérgica (**CALICH; VAZ, 1989**).

As reações alérgicas podem se manifestar através dos anestésicos locais, embora esta incidência tenha diminuído desde a introdução dos anestésicos tipo amida na década de 1940. Ultimamente, têm-se relatado reações alérgicas ao bissulfito ou metabissulfito de sódio, agente estabilizante e antioxidante presente nos tubetes de anestésico local de uso odontológico que contêm vasoconstrictores (**CAMPBELL; MAESTRELLO; CAMPBELL, 2001** e **MALAMED, 2001**).

Atenção especial deve ser dada à administração dos anestésicos locais com vasoconstrictor em pacientes asmáticos cortico-dependentes, devido a um maior risco de desenvolvimento de reações alérgicas imediatas e severas, principalmente nos casos de injeções intravasculares (**VASCONCELLOS; NOGUEIRA; LEAL et al., 2002**).

Drogas de uso comum na clínica odontológica, como as penicilinas, a aspirina e antiinflamatórios não-esteroidais, além de outras substâncias como o látex e o metil metacrilato que vem a ser um monômero das resinas acrílicas, também podem desencadear reações alérgicas (**ANDRADE; RANALI, 2002**).

As reações alérgicas compreendem um amplo espectro de manifestações clínicas, podendo variar de respostas leves e tardias até reações imediatas e letais que se desenvolvem segundos após a exposição ao alérgeno.

Isso é de grande importância dentro da Odontologia e que vem justificar plenamente a elaboração do presente trabalho para o clínico geral.

Reações Alérgicas Tardias

Os sinais e sintomas relacionados às manifestações alérgicas tardias são mediados primariamente pela liberação de histamina, que, atuando ao nível de pele, estimula as terminações nervosas nuas, provocando pruridos. Além disso, a histamina produz vasodilatação arteriolar e aumento da permeabilidade capilar, causando edemas localizados e, em alguns casos, generalizados (SINGI, 1998). A histamina também possui ação sobre os músculos lisos dos brônquios, contraindo-os e provocando broncoconstrição (SILVA, 1994).

O tratamento das manifestações alérgicas tardias baseia-se na severidade do quadro apresentado pelo paciente, que geralmente varia de leve a moderado (Quadro 1). Em relato de caso publicado recentemente, o paciente desenvolveu um quadro de edema de lábios, face e pálpebras após injeção de articaína, sem manifestações de ordem sistêmica, havendo resolução do caso com a administração de corticosteróides (EL-QUTOB; MORALES; PELÁEZ, 2003). As fotos abaixo ilustram um caso de alergia por contato após uso de iodo-povidine para anti-sepsia extra-oral, com tratamento à base de prometazina IM em dose única e dexclorfeniramina VO durante 02 dias (Figura 1).

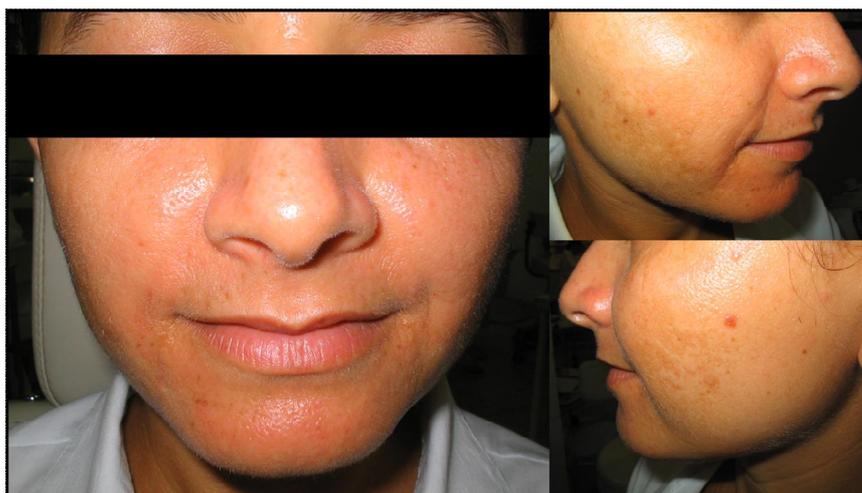


Fig. 1 - Reação alérgica após aplicação tópica de iodo-povidine. A paciente desenvolveu um quadro de eritema e prurido na região de contato com o produto.

Quadro 1 - Protocolo de tratamento sugerido para as reações alérgicas tardias.

Quadros Leves (Lesões urticariformes discretas)	Quadros Moderados (Lesões urticariformes difusas e/ou angioedema de face, sem manifestações sistêmicas associadas)
Prometazina – 01 ampola (50mg), IM	Adrenalina – 1:1000; 0,2 a 0,3ml subcutânea
Dexclorfeniramina – 01 comprimido (2mg) de 06/06 horas, VO	Prometazina – 01 ampola (50 mg), IM
	Hidrocortisona – 01 ampola (100mg), IM Dexclorfeniramina – 01 comprimido (2mg) de 06/06 horas, VO

Fonte: Marzola, C. *Anestesiologia*. São Paulo: Ed. Pancast, 1999.

Em casos de broncoespasmo, deve-se proceder à mesma conduta adotada para os quadros moderados de reações alérgicas tardias, podendo o profissional utilizar-se de oxigenoterapia de 5 a 6 litros/minuto e, nebulização com um agonista durante 8 a 10 minutos. Para a realização da nebulização, pode-se utilizar 5 a 8 gotas de fenoterol diluídas em 5ml de SF 0,9% ou 0,5ml de salbutamol em 2ml de SF 0,9%.

Reações Alérgicas Imediatas

As reações imediatas ou anafiláticas são reações sistêmicas mediadas pela formação exagerada de anticorpos IgE específicos, com rápida liberação de potentes mediadores de mastócitos e basófilos (CALICH; VAZ, 1989). De forma diferente das reações localizadas, geralmente intermediadas pela histamina, há liberação adicional de leucotrienos, que por serem mais reativos que a histamina, determinando respostas caracterizadas por sinais e sintomas muito mais intensos (ANDRADE; RANALI, 2002). A gravidade das reações anafiláticas também está intimamente relacionada à rapidez do início dos sintomas, ao atraso no início do tratamento e à história prévia de asma. Os sinais e sintomas anafiláticos dominantes nos diversos sistemas envolvidos são (Quadro 2):

Quadro 2 - Sinais e sintomas da reação anafilática.

Sistemas	Manifestações
Neurológico	Convulsões, torpor, síncope
Olhos	Prurido, lacrimejamento
Vias Aéreas Superiores	Congestão nasal, estridor, edema laríngeo, tosse, obstrução
Vias Aéreas Inferiores	Dispnéia, broncoespasmo, cianose, parada respiratória
Cardiovascular	Taquicardia, hipotensão, isquemia miocárdica, parada cardíaca
Pele	Eritema, prurido, urticária, angioedema, rash maculopapular
Gastrointestinal	Náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia

Fonte: Ellis, A. K.; Day, J. H. Diagnosis and management of anaphylaxis. *CMAJ*, v. 169, n. 4, p. 307-12, 2003.

É importante salientar que as reações alérgicas verdadeiras devem ser diferenciadas daquelas relacionadas ao medo do tratamento odontológico, uma vez que a ansiedade pode gerar reações do tipo psicogênicas e vaso vagais. Em um estudo realizado com 5018 pacientes que receberam anestésicos locais para tratamento odontológico, foi observado que apenas 0,5% desenvolveram algum tipo de reação após a injeção anestésica. Destes, 88% apresentaram reações no intervalo de 30 minutos após a aplicação anestésica, onde o quadro clínico predominante foi de vertigem, sudorese e perda de consciência. Os autores concluíram que em nenhuma situação uma reação alérgica verdadeira foi

observada e todos os casos estiveram relacionados à ansiedade do tratamento odontológico. O reconhecimento destas situações também tem influência direta no tratamento emergencial instituído, uma vez que os pacientes com os sintomas relatados reverterem o quadro após serem colocados em posição supina ou de Trendelenburg (BALUGA; CASAMAYOU; CAROZZI *et al.*, 2002).

Na abordagem inicial, o mais importante é a suspeita da reação, embora não exista uma ordem de aparecimento dos sinais, podendo o quadro instalar-se de forma gradativa ou catastrófica. De qualquer forma, a reação anafilática é condição de absoluta emergência, fazendo-se necessário a manutenção da oxigenação e a perfusão de órgãos vitais através do bloqueio da ação dos mediadores químicos, até a chegada de uma equipe de emergência para transferência do paciente para o ambiente hospitalar (PRADO; SILVA, 1999).

O tratamento imediato frente a este tipo de reação alérgica consiste, assim, em manter o paciente em posição supina e instituir as medidas de suporte básico de vida (ABC) (Quadro 3). Ao mesmo tempo, deve-se administrar 0,01 ml/Kg de adrenalina no máximo de 0,5 ml via subcutânea e, observar a evolução do paciente. Esta dosagem pode ser repetida duas vezes, em intervalos de 20 minutos, se necessário. A administração intramuscular de adrenalina deve ser reservada para casos severos de reação anafilática, uma vez que esta via promove uma absorção mais rápida e níveis plasmáticos mais altos da droga (CANADA COMMUNICABLE DISEASE REPORT, 1996 e PRADO; SILVA, 1999). A administração de adrenalina reverte a hipotensão (atividade α), aumenta a contratilidade miocárdica e a pressão arterial (atividade β 1), além de promover uma broncodilatação (atividade β 2) (PRADO; SILVA, 1999).

Quadro 3 - Medidas de suporte básico de vida frente a reações anafiláticas sem resposta à administração inicial de adrenalina.

ABC	Observar	Conduta
A (Air way)	Edema de língua Edema de lábios Tosse Rouquidão	Oferta de oxigênio (6 – 8 l/min) Intubação ou cricotireoidotomia de urgência
B (Breathing)	Sibilância Subcrepitações	β 2 agonista em nebulização (Salbutamol 2,5 – 5 mg em 3 ml de SF 0,9%)
C (Circulation)	Taquicardia Hipotensão	Infusão rápida de SF 0,9% (20 mg/kg)

Fonte: Prado, E.; Silva, M. J. B. Anafilaxia e reações alérgicas. *J. Pediatria*, v. 72, supl.2, p. 259-67, 1999.

Para os pacientes que não responderam adequadamente à adrenalina ou para os casos em que a transferência para uma unidade de cuidados intensivos não possa ser efetuada nos próximos 30 minutos, uma dose de

cloridrato de difenidramina pode ser administrada. A dose aproximada da droga, de acordo com a idade, pode ser observada (**Quadro 4**).

Em quadros de maior estabilidade, pode-se administrar hidrocortisona (100mg) e prometazina (50mg), por via intramuscular (**ANDRADE; RANALI, 2002**).

Apesar de 80% dos casos serem unifásicos, há riscos de uma nova crise (reação bifásica) de 1 a 8 horas após os sintomas iniciais. Desta forma, a manutenção do paciente em ambiente hospitalar e sob cuidados especializados deve ser feita durante 12 a 24 horas após estabilização do quadro, com manutenção de anti-histamínicos e corticoterapia (**ELLIS; DAY, 2003**).

Quadro 4 - Doses aproximadas de difenidramina para tratamento de reação anafilática.

Idade	Dose	
	Intramuscular	Oral
< 2 anos	0,25 ml	12,5 mg
2-4 anos	0,5 ml	25 mg
5-11 anos	1,0 ml	50 mg
≥ 12 anos	2,0 ml	100 mg

Fonte: Canada Communicable Disease Report. *Can. Med. Assoc. J.* v. 54, p. 1519-22, 1996.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compete ao cirurgião-dentista prescrever e aplicar medicação de urgência no caso de acidentes graves que comprometam a vida e a saúde do paciente (Lei 5081/66, Art. 6º, VIII).

Durante a anamnese, é necessário que se busque informações a respeito do paciente ser alérgico a determinadas substâncias químicas.

O profissional deve estar preparado para prevenir, diagnosticar e tratar complicações decorrentes de reações alérgicas que possam ocorrer no consultório odontológico.

REFERÊNCIAS *

- ANDRADE, E. D.; RANALI, J. *Emergências Médicas em Odontologia*. Artes Médicas, 2002.
- BALUGA, J.C.; CASAMAYOU, R.; CAROZZI, E. *et al.*, Allergy to local anaesthetics in dentistry. Mith or reality? *Allergol et Immunopathol.*, v. 30, n. 1, p.14-9, 2002.

* De acordo com as normas da ABNT

- CALICH, V. L. G.; VAZ, C. A. C. *Imunologia Básica*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1989.
- CAMPBELL, J. R.; MAESTRELLO, C. L.; CAMPBELL, R. L. Allergic response to metabisulfite in lidocaine anesthetic solution. *Anesth. Prog.*, v. 48, p. 21-6, 2001.
- CANADA COMMUNOCABLE DISEASE REPORT. Anaphylaxis: statement on initial management in non-hospital settings. *CMAJ.*, v. 154, p. 1519-20, 1996.
- EL-QUTOB, D.; MORALES, C.; PELÁEZ, A. Allergic reaction caused by articaine. *Allergol Immunopathol.*, v. 33, n. 2, p.115-6, 2005.
- ELLIS, A. K.; DAY, J. H. Diagnosis and management of anaphylaxis. *CMAJ.*, v.169, n.4, p.307-312, 2003.
- MALAMED, S. F. *Manual de Anestesia Local*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara/Koogan, 2001.
- MARZOLA, C. *Anestesiologia*. Panamericana: São Paulo, 1999.
- PRADO, E.; SILVA, M. J. B. Anafilaxia e reações alérgicas. *J. Pediatria*, v. 72, supl.2, p. 259-67, 1999.
- SILVA, P. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara/Koogan, 1994.
- SINGI, G. *Fisiologia para Odontologia – Atendimento de Pacientes Especiais e Primeiros Socorros Médicos*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara/Koogan, 1998.
- VASCONCELLOS, R. J. H.; NOGUEIRA, R. V. B.; LEAL, A. K. R. *et al.*, Alterações sistêmicas decorrentes do uso da lidocaína e prilocaína na prática odontológica. *Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial*, v. 1, n. 2, p. 13-9, 2002.

o0o