



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluno: Rafael Pino Vitti

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Moraes

Ano de Conclusão do Curso: 2006



TCC 308

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
BIBLIOTECA

Rafael Pino Vitti

Fatores etiológicos da alveolite - Estudo retrospectivo na Faculdade de Odontologia
de Piracicaba – FOP/Unicamp no período de 1995 a 2003.

Monografia apresentada ao Curso de
Odontologia da Faculdade de Odontologia
de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção
ao Diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Márcio de Moraes

Piracicaba

2006

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais, José Urbano e Maria Helena, e a minha irmã, Fernanda, pelo apoio e incentivo nesses quatro anos de muita luta, onde tive todo o apoio nos momentos mais difíceis, concedendo a mim, a oportunidade de me realizar ainda mais.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Márcio de Moraes pelo incentivo, sabedoria, simpatia e paciência com que orientou este trabalho.

Aos meus familiares, por todo incentivo, carinho e apoio incondicionais que sempre me fortaleceram.

Aos meus amigos de turma, que me proporcionaram os quatro melhores anos de minha vida.

Ao meu colega Pós-Graduando, Alex, por todo o auxílio prestado.

SUMÁRIO

	p.
RESUMO	5
INTRODUÇÃO	6
DESENVOLVIMENTO	12
CONCLUSÕES	18
ANEXOS	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	22

RESUMO

A alveolite é uma condição pós-operatória presente na prática odontológica após a exodontia de permanentes, principalmente de 3º molares inclusos. Acredita-se que a alveolite não tenha uma patogenia específica, sendo, portanto, a etiologia multifatorial com as causas variando de paciente para paciente, podendo ser bacteriana ou fibrinolítica. O conhecimento dos possíveis fatores que induzam a doença é de fundamental importância para que os mesmos possam ser eliminados melhorando a qualidade do tratamento pós-operatório. O objetivo desse estudo foi o de identificar possíveis fatores etiológicos que predispõe um indivíduo a desenvolver alveolite. Para a realização do mesmo, foi realizado um levantamento dos prontuários clínicos dos pacientes submetidos a exodontia de permanentes no período de 1995 a 2003 na Clínica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP/Unicamp), selecionando os pacientes que apresentaram alveolite, procurando relacionar possíveis fatores etiológicos com a sintomatologia apresentada e elucidar a eficácia do tratamento aplicado a cada caso.

INTRODUÇÃO

Dentre as várias complicações que são observadas no período pós-operatório das extrações dentais, a que possui maior incidência (entre 3 a 4% dos procedimentos) é a alveolite^{7,21,22,27}. Estudos mostram que na remoção de 3º molares inclusos/retidos a probabilidade de alveolite é cerca de 10 vezes maior em relação à extração de qualquer outro dente da cavidade oral. Em 95% a 100% dos casos a alveolite aparece na primeira semana após a cirurgia e a duração desse processo varia num período de 5 a 10 dias, dependendo do processo infeccioso. Além disto, esta infecção pode evoluir a um abscesso exigindo tratamentos mais invasivos¹².

Devemos desconfiar de estudos que apresentam proporções de alveolite menores que 1% (por falta de confiabilidade clínica), assim como estudos que relatam casos de alveolite maiores que 35% (fatores de risco não controlados, número de pacientes estudados muito pequeno ou situações extremas ou de deficiências importantes, como distúrbios nos fatores de coagulação, problemas de circulação, em pacientes mais idosos, além de outras deficiências sangüíneas²⁸).

De comprometimento local, aparece descrita nos livros clássicos de Cirurgia Bucal, sendo definida como inflamação do alvéolo. No caso dessa inflamação ultrapassar as paredes alveolares, estaríamos à frente de uma osteíte localizada²¹. O termo alveolite ou alvéolo seco foi primeiramente descrito na literatura, em 1896, por CRAWFORD⁸ e desde então vários outros termos têm sido usados para a condição de alveolite, tais como: osteíte alveolar (OA), alveolite pós-operatória, alveolalgia, alveolite seca dolorosa, dor alveolar, alvéolo séptico, alvéolo necrótico, osteomelite localizada, e alveolite fibrinolítica. BIRN (1973) afirmou que a presença de alveolite se dá pelo aumento da atividade fibrinolítica no coágulo causada por

substâncias liberadas por bactérias e classificou em seus artigos a terminologia 'alveolite fibrinolítica'^{9,10,11} que parece ser o termo mais correto, porém é o menos usado na literatura.

A literatura é repleta de variações nas descrições definidas para alveolite. De acordo com estudos feitos por BLUM¹² a alveolite é caracterizada e definida por: "Dor pós-operatória, que aumenta com o passar do tempo entre 1 e 3 dias depois da exodontia, acompanhada parcialmente ou totalmente por sangue coagulado desintegrado no interior do alvéolo com ou sem halitose". É necessário excluir qualquer outro fator que cause dores na face.

A 'alveolite verdadeira', onde ocorre a perda total ou parcial do coágulo após a extração dental, deve ser distinguida da alveolite presente em pacientes que apresentam algum tipo de predisposição a hipovascularização do osso alveolar (desordens vasculares ou hematológicas, osteorradionecrose, Doença de Paget, etc), que impede a formação inicial do coágulo^{12,23,26}.

Na alveolite a seqüência normal de cicatrização é alterada ou não ocorre, podendo ser observada a tríade que caracteriza a alveolite: necrose/perda do coágulo, dor intensa, contínua e irradiada no ferimento cirúrgico e, ocasionalmente, odor desagradável. Essa dor pode estar irradiada, atingir a região temporal, auricular e orbitária ipsilateral ao procedimento cirúrgico. Pode ocorrer também linfadenopatia regional, febre baixa ou trismos. Este último ocorre principalmente na extração de 3^{os} molares mandibulares, devido ao procedimento longo e traumático²⁶.

Estudos clínicos e laboratoriais mostraram um significativo aumento da atividade local dos agentes fibrinolíticos na fisiopatologia da alveolite, os fatores que causam esse aumento podem ser de natureza inflamatória do osso alveolar ou de tecidos vizinhos que interferem na estabilidade dos fatores tissulares ativando a fibrinólise, assim convertendo o plasminogênio do coágulo em plasmina^{13,14}.

BIRN¹¹ relatou que a quebra parcial ou completa e a destruição do sangue coagulado são causadas por quinases, que são liberadas durante o processo de inflamação por uma ativação direta (fisiológica) ou indireta (não fisiológica) do plasminogênio no sangue. Ativadores diretos incluem o Fator XII da coagulação e a uroquinase, mediada por leucócitos, além de agentes da superfície endotelial, como o colágeno. Já os ativadores indiretos incluem substâncias produzidas por bactérias, reforçando a teoria da participação de microrganismos no desenvolvimento da alveolite. Além disso, essas ativações foram classificadas também de acordo com suas origens: intrínsecos e extrínsecos. Intrínsecos são componentes do plasma, visto que os ativadores extrínsecos originam-se fora do plasma²⁶.

BIRN¹⁵ atribuiu que a causa de dor na alveolite é a presença de cininas, as quais se formam após a dissolução do coágulo assim irão afetando o nervo aferente primário.

Os fatores precisos que são capazes de desencadear essa cascata de eventos que resultam na desintegração do coágulo ainda permanecem obscuros. A literatura aponta alguns, mas há muita controvérsia sobre este assunto. São eles o sexo do indivíduo, o tabaco, contraceptivos orais, trauma cirúrgico, microrganismos orais, fragmentos ósseos, tipo de irrigação do local cirúrgico durante o procedimento e a perfusão sanguínea local²¹.

Em relação ao sexo, poderíamos dizer que os casos de alveolite nesse segmento estão diretamente ligados com o uso de contraceptivos orais. Estudos mostram um aumento significativo na incidência de alveolite ocorrendo em mulheres. Isso foi atribuído ao uso aumentado de contraceptivos orais. Foi proposto que estrógenos e determinadas drogas irão ativar o sistema fibrinolítico indiretamente, contribuindo para a alveolite através do aumento da quebra do coágulo³¹. CATELLANI et al.¹⁶ concluíram que a probabilidade de alveolite aumenta com o

aumento da dose de estrógeno no contraceptivo oral e que a atividade fibrinolítica parece ser mais baixa nos dias 23 e 28 do ciclo menstrual. Em resumo, podemos dizer que a alveolite afeta mais as mulheres em relação aos homens em uma proporção de 5:1, sendo maior nas mulheres que fazem uso de contraceptivos orais²¹.

Já com o tabagismo, SWEET e BUTLER¹⁷ relataram que em pacientes fumantes de meio maço de cigarros por dia, há um aumento de 4 a 5 vezes na incidência de alveolite em relação aqueles pacientes que não fumavam. Esse fenômeno poderia ser atribuído à introdução de substância exógena, que agiria como um contaminador local da cirurgia, e/ou na sucção aplicada do cigarro, na qual poderia desalojar o coágulo formado no alvéolo de onde foi realizado a exodontia.

Muitos autores acreditam que o trauma e a dificuldade da cirurgia tem um importante papel no desenvolvimento da alveolite²⁴. BLUM em 2002 mostrou que cirurgias realizadas por cirurgiões menos experientes, quando havia a necessidade de odontosecção do dente com alguns graus de ostectomia, apresentaram uma alta incidência de complicações significantes, sendo a mais comum a alveolite. BIRN¹¹ propôs que o trauma durante a extração danificaria as células do osso alveolar, causando inflamação na medula óssea e a liberação subsequente de ativadores diretos do osso dentro dos alvéolos, onde eles podem precipitar a atividade fibrinolítica.

O conceito de que microrganismos estão relacionados com alveolite vem sendo postulado. A incidência de alveolite é maior em pacientes que apresentam má higiene bucal²⁵ e com infecção pré-existente como pericoronarite, lesão periapical e doença periodontal avançada¹². Na tentativa de isolar um organismo específico causador da inflamação do alvéolo, buscou-se a possibilidade de associação do *Actinomyces viscosus* e *Streptococcus mutans* na alveolite, como foi destacada por

ROZANIS *et al.*¹⁸, que demonstraram um atraso no reparo alveolar após a inserção desses organismos em modelo animal. NITZAN *et al.*¹⁹ mostraram uma possível relação do organismo anaeróbico (que é também um organismo predominante na pericoronarite) em relação com a etiologia da alveolite.

Raízes e fragmentos ósseos restantes nos alvéolos pós-cirúrgico foram sugeridos por BIRN¹¹ como possíveis causas de alveolite. Apesar da falta de comprovação científica sobre esse assunto, parece ser lógico que fragmentos e detritos remanescentes poderiam conduzir um distúrbio na reparação do ferimento e, conseqüentemente, ajudando o desenvolvimento da alveolite.

A irrigação repetida e vigorosa do alvéolo pode interferir na formação do coágulo, bem como a violenta curetagem pode ferir o osso alveolar. Alguns estudos ainda demonstram que conforme aumenta-se a quantidade do uso de solução salina como irrigante diminui-se a probabilidade do paciente apresentar um quadro de alveolite¹². Porém faltam estudos clínicos relacionando esses fatores com alveolite. Outras normas como o uso de luvas estéreis ao invés de luvas limpas, porém sem ser estéreis, não demonstraram nenhuma utilidade quanto a prevenção da alveolite³⁰.

KRUGER²⁰ associou a baixa perfusão sanguínea local com o aumento da alveolite, principalmente na extração de molares mandibulares a qual a presença de uma espessa cortical óssea diminui a capacidade de perfusão sanguínea local, porém, BIRN¹¹ demonstrou que a região de molares é uma das mais ricas em vascularização na mandíbula, ou seja, o sangue traz um melhor suprimento na região de molares do que na região incisiva. Os vasoconstritores presentes em anestésicos locais foram sugeridos como fator alternativo para o desencadeamento da alveolite. Porém seguem casos de inflamação do alvéolo na extração de dentes sob anestesia geral, onde nenhum vasoconstritor foi utilizado.

O tratamento da alveolite é um assunto abordado das mais variadas formas na literatura. Referências na literatura correlacionaram que a prevenção da alveolite pode ser dividida em medidas preventivas não farmacológicas e farmacológicas. Medidas preventivas não farmacológicas efetivas incluem um histórico do paciente e se possível, a eliminação de fatores de risco (experiência precedente de alveolite, má higiene oral do paciente, indivíduos imunossuprimidos, fumantes, pericoronarite prévia) associados com o desenvolvimento de alveolite¹². Um método eficaz de prevenção farmacológica foi buscado há muito tempo. A literatura reporta uma variedade de materiais e técnicas que foram e ainda têm sido pesquisadas para determinar o sucesso de cada terapêutica. Entre as intervenções farmacológicas profiláticas podemos citar agentes antibacterianos e anti-sépticos. Alguns autores aconselham a colocação de pastas anti-sépticas dentro do alvéolo²⁹. Já em relação aos antiinflamatórios sistêmicos, a maioria dos autores não consideram como a terapia ideal, e quando indicado o mais comum é a utilização dos antiinflamatórios não esteróides³.

DESENVOLVIMENTO

1 - Proposição

1.1 - Justificativa

O estudo realizado, nos prontuários de pacientes que tem história de infecção pós-operatória de exodontia, nos trouxe informações e permitiu a análise das causas e em que situações clínicas ocorrem à sintomatologia da alveolite com maior frequência. Este estudo revelou o perfil das infecções encontradas dentro da Faculdade de Odontologia de Piracicaba-Unicamp, bem como os resultados obtidos com a terapia aplicada. O número de cirurgias realizadas vêm aumentando anualmente, permitindo uma casuística adequada.

1.2 - Objetivo

Através do levantamento dos dados de prontuários clínicos de pacientes que desenvolveram alveolite após extração dental na Clínica de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp, foram verificados os fatores de risco que predispõe uma pessoa a desenvolver alveolite. Procuramos encontrar quais medidas profiláticas devem ser utilizadas para atingir o melhor tratamento aos nossos pacientes.

2 - Metodologia

Este foi um estudo retrospectivo onde foram levantados dados relacionados a prontuários de pacientes submetidos a exodontia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp, durante o período de 1995 a 2003, sendo selecionados os pacientes que apresentaram sintomatologia de alveolite. Na análise dos prontuários, foram consideradas as seguintes informações:

1. Demográficas: idade e sexo;

2. Estado de saúde geral: diabetes, hipertensão, imunossupressão, problemas hormonais ou qualquer outra alteração sistêmica;
3. Anatômicas: posição e condição do dente a ser extraído analisadas radiograficamente; retido ou não, raiz dilacerada ou não ou qualquer outra alteração anatômica ou patologia associada;
4. Outras variáveis que incluem: utilização de medicamentos, etilismo e tabagismo, entre outras substâncias ingeridas antes e após a cirurgia que possam estar relacionados com a etiologia da alveolite.

Os pacientes que apresentaram algum fator relevante foram convocados a comparecer para uma nova consulta, avaliando e eliminando qualquer dúvida existente com relação à patologia ou conduta.

3 - Local da Pesquisa

O levantamento foi realizado no arquivo de prontuários de pacientes submetidos a exodontia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp na Área de Cirurgia Buco-Maxilo-Facial no período de 1995 a 2003 que apresentaram a sintomatologia de alveolite.

4 - Cronograma

Sabendo que o número aproximado de exodontias já realizadas em nosso serviço é de 4.500 (quatro mil e quinhentas) para o período proposto e que, quando necessário, trazer os pacientes para novas consultas foi uma tarefa que demandou um tempo maior, elaboramos o seguinte cronograma para um aluno de graduação:

Junho 2004/Junho 2005 – Levantamento Bibliográfico e coleta de dados;

Junho 2005/Janeiro 2006 – Interpretação dos resultados e redação final.

5 - Detalhamento do que foi realizado no período

1 - Revisão e Leitura de Artigos Científicos

Durante o período entre Agosto de 2004 e Julho de 2005, o aluno efetuou a leitura de artigos científicos inerentes ao estudo proposto, fazendo uma revisão da literatura.

2 - Elaboração do Formulário

O aluno realizou, minuciosamente, a elaboração de um formulário com informações que foram relevantes quanto aos casos de alveolite o qual encontra-se anexo.

O formulário foi de suma importância para otimização da coleta de dados feita durante o levantamento dos prontuários clínicos. Para uma melhor interpretação dos resultados, os mesmos serão tabulados através do Software Microsoft Access®.

3 - Análise, Levantamento e Coleta de Dados

Até o presente momento foram levantados 4.327 prontuários, sendo separados e analisados os que apresentaram o diagnóstico de alveolite. Os dados foram colhidos e serão estudados estatisticamente posteriormente. Dos prontuários analisados, 75% dos casos de alveolite corresponderam ao sexo feminino, onde 33,3% das mulheres usavam contraceptivos orais. Pessoas caucasianas tem 4,5 vezes mais chances de desenvolver alveolite do que uma pessoa da raça negra. 82,2% dos casos de alveolite ocorreram em pacientes fumantes. Já em relação aos dentes, em 81,25% dos casos, a alveolite se desenvolveu após a exodontia dos elementos dentários inferiores (38 ou 48). Em relação à higiene oral, nos prontuários onde esse aspecto foi questionado, todos os pacientes possuíam higiene oral péssima ou regular. Quanto ao tratamento da alveolite, 87,5% dos cirurgiões-dentistas preconizaram a irrigação com soro fisiológico e 18,75% a curetagem do alvéolo. Com relação aos medicamentos, 62,5% dos cirurgiões-dentistas ministraram

Rifocina M, 25% recomendaram o uso de bochechos de clorexidina 0,12%, 31,25% fizeram o uso de Penicilina V ou Amoxil, além de 18,75% que recomendaram o uso de Lisador ou Tylenol. A coleta de dados ficou bastante prejudicada uma vez que, dentre os prontuários levantados, a grande maioria estava com o preenchimento incompleto, sendo esses, portanto, impossibilitados de posterior análise.

6 - Discussão

Os resultados do presente estudo demonstraram uma relação evidente entre a presença de alveolite e o sexo feminino. Cerca de 75% dos casos de alveolite encontrados nos pacientes submetidos a exodontia na Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/Unicamp – correspondem ao sexo citado, sendo que desses 75%, 33,3% estavam fazendo o uso de contraceptivos orais. Essa relação já havia sido observada por alguns autores, onde a probabilidade de alveolite aumenta com o aumento da dose de estrógeno no contraceptivo oral¹⁶. Em nenhum caso a paciente relatou estar grávida.

A faixa etária dos pacientes que desenvolveram alveolite variou muito e portanto, não se pode estabelecer uma correlação exata entre idade do paciente e predisposição no que diz respeito ao desenvolvimento da alveolite. Já em relação à raça, pessoas caucasianas apresentaram 4,5 vezes mais disponibilidade em desenvolver alveolite em relação às pessoas negras.

Fumantes também apresentam uma maior predisponibilidade ao desenvolvimento da alveolite em relação àqueles pacientes que não fumam. No estudo observamos que de todos os casos de alveolite, 82,2% dos pacientes eram fumantes. De acordo com SWEET e BUTLER¹⁷, isso se deve ao fato da introdução de substância exógena, que age como um contaminador local da cirurgia e/ou na sucção aplicada do cigarro, na qual poderia desalojar o coágulo formado no alvéolo cirúrgico. Estudos realizados por esses mesmos autores apontaram uma incidência

da presença de alveolite em pacientes que consumiam meio maço de cigarros por dia de 4 a 5 vezes maior em relação aos não fumantes.

Os 3º molares inferiores foram os mais acometidos pela alveolite. Em 81,25% dos casos o dente envolvido era o 38 ou 48. Esse fato pode estar associado à baixa perfusão sanguínea na região mandibular na qual a presença de uma espessa cortical óssea diminui a capacidade de perfusão sanguínea local²⁰. Entretanto, estudos realizados por BIRN¹¹ demonstraram que a região de molares é uma das mais ricas em vascularização na mandíbula, ou seja, o sangue traz um melhor suprimento na região de molares do que na região incisiva. Outro fator importante relacionado aos 3º molares é a posição dos mesmos em relação aos maxilares: 44% deles se apresentaram inclusos ou semi-inclusos, o que dificulta a cirurgia em relação a um dente totalmente erupcionado. Essa dificuldade durante a cirurgia têm um importante papel no desenvolvimento da alveolite, uma vez que o trauma durante a extração danifica as células do osso alveolar, causando inflamação na medula óssea e a liberação subsequente de ativadores diretos do osso dentro dos alvéolos, onde eles podem precipitar a atividade fibrinolítica¹¹. Esses dados não foram analisados, pois não foram coletados nos prontuários.

Dos casos relatados com a sintomatologia da alveolite foram analisados 12,5% em relação ao aspecto da higiene oral, sendo que, dessa porcentagem, todos possuíam uma higiene bucal péssima ou regular. A relação higiene oral versus alveolite demonstrou um aumento na incidência de alveolite em pacientes que apresentam má higiene bucal. Em estudos, ROZANIS *et al*¹⁸ também observaram essa mesma relação, quando houve um atraso no reparo alveolar após a inserção de organismos específicos causadores da inflamação do alvéolo (*Actinomyces viscosus* e *Streptococcus mutans*) em modelo animal.

Em relação ao tratamento da alveolite, foi preconizado em 87,5% dos casos a

irrigação do alvéolo com soro fisiológico. Já a curetagem foi realizada em apenas 18,75% dos casos relatados. É de se ressaltar que a irrigação realizada após a exodontia, sendo feita de uma forma vigorosa e repetida, pode interferir na formação do coágulo, bem como a violenta curetagem pode ferir o osso alveolar. Entretanto, ainda faltam estudos clínicos relacionando esses fatores com a alveolite.

Alguns medicamentos foram relacionados diretamente ao tratamento da alveolite. Em 62,5% dos casos foi ministrado a Rifocina M sendo que em 25% desses houve a associação com bochechos de clorexidina 0,12% (anti-séptico). Outros antibacterianos tais como a Penicilina V e Amoxil foram usados como tratamento da alveolite em 31,25% dos casos relatados. Já o uso de analgésicos como o Lisador e o Tylenol limitou-se a 18,75%. Na literatura encontramos que a forma mais eficaz de se combater a alveolite é a prevenção, que pode ser dividida em medidas preventivas não farmacológicas e farmacológicas. A primeira inclui um histórico do paciente e se possível, a eliminação de fatores de risco (experiência precedente de alveolite, má higiene oral do paciente, fumantes) associados com o desenvolvimento de alveolite¹². Já um método eficaz de prevenção farmacológica foi buscado há muito tempo. Encontramos na literatura uma variedade de materiais e técnicas que foram e ainda têm sido pesquisadas para determinar o sucesso de cada terapêutica. Entre as intervenções farmacológicas profiláticas podemos citar agentes antibacterianos e anti-sépticos. Em relação aos antiinflamatórios sistêmicos, a maioria dos autores não consideram como a terapia ideal³.

CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos e de acordo com a metodologia adotada, pode-se concluir que:

- a alveolite está fortemente associada ao sexo feminino, principalmente diante do uso de contraceptivos orais;
- pessoas caucasianas também estão sujeitas a uma maior predisponibilidade de apresentar a sintomatologia da alveolite em relação às pessoas negras;
- pacientes fumantes e com uma higiene oral deficiente também apresentam um grupo de risco ao desenvolvimento da alveolite;
- o dente envolvido na exodontia e a sua posição nos maxilares também são fatores a serem levados em consideração, uma vez que os dentes inferiores (38 e 48) possuem maiores chances de desenvolver alveolite;
- a região dos molares posteriores e inferiores é mais propensa ao desenvolvimento da alveolite, seguida da região dos dentes anteriores;
- a prevenção (farmacológica ou não-farmacológica) ainda é o método mais eficaz para se combater a alveolite se comparada a medicamentos que possam ser usados para o tratamento da mesma;
- há ainda a necessidade de mais estudos que possam nos mostrar quais medidas e/ou medicamentos totalmente eficazes no combate a alveolite.

ANEXOS

FICHA CADASTRAL

Número do Protuário:_____ Sexo: Masculino Feminino Idade:_____ Cor:_____

1 - Estava sob tratamento médico? Sim Não - Se sim;
Anterior, durante ou após ao desenvolvimento da alveolite?

Sim Não

Qual foi o tratamento e qual a duração (em dias)?

2 - Estava tomando algum medicamento anteriormente? Sim Não - Se sim;
Qual estava tomando e posologia?

3 - Paciente grávida? Sim Não - Se sim;

Primeiro Segundo Terceiro trimestre

4 - Paciente alérgico? Sim Não - Se sim;

Qual fator sensibilizante?

5 - Paciente possui hipertensão controlada ou não controlada? Sim Não -
Se sim;

Qual o medicamento anti-hipertensivo e posologia?

6 - Paciente diabético? Sim Não - Se sim;

Qual o tipo? Qual o medicamento e posologia?

7 - Paciente possui leucemia ou anemia? Sim Não

8 - Paciente possui distúrbios de sangramento? Sim Não - Se sim;

Qual?

9 - Paciente possui doenças infectocontagiosas? Sim Não - Se sim;

Qual(is)?

10 - Paciente possui problemas hormonais e/ou de imunossupressão?

Sim Não

11 - Citar outras doenças não especificadas:

12 - Paciente já foi transfundido? Sim Não - Se sim;

Quando e qual o motivo?

13 - Fumante? Sim Não - Se sim;

Por quanto tempo (anos) e qual a frequência (cigarros/dia)?

14 - Etilista? Sim Não

Por quanto tempo (anos) e qual a frequência?

15 - Paciente usa algum tipo de droga? Sim Não - Se sim;

Qual droga e frequência?

16 - Paciente faz uso de contraceptivos orais? Sim Não - Se sim;

Por quanto tempo (anos)? Qual o tipo?

17 - Qual dente apresentou alveolite?

18 - O dente estava:

Incluso Semi-incluso possuía raiz dilacerada

19 - Qual a posição do dente

Vertical Mésio-angular Disto-angular Horizontal

20 - Classificação dos superiores (18/28)

IA IIA IIIA IB IIB IIIB IC IIC IIIC

21 - Classificação dos inferiores (38/48)

I II III

22 - Paciente com dente cariado, infecção prévia ou pericoronarite?

Sim Não

23 - Higiene oral: Regular Boa Ótima Péssima

24 - Paciente tomou algum medicamento para tratamento da alveolite?

Sim Não - Se sim;

Qual medicamento e posologia?

25 - Tratamento consistiu em curetagem e/ou irrigação? Sim Não

26 - Se curetagem, encontrado algum corpo estranho, qual?

27 - Especificar outro tratamento:

28 - Qual foi a medicação pré-operatória e posologia?

29 - Qual foi a medicação pós-operatória e posologia?

30 - Quem foi o cirurgião:

Professor Pós-graduando Graduando Atualizando

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AITKEN, H. F. Factors involved in the etiology of dry socket. *J Dent Res*, v. 43, n.5, p. 982, 1964.
2. AMLER, M. H. Pathogenesis of disturbed extraction wounds, *J Oral Surg*, v. 31, p. 666-674, 1973.
3. SWANSON, A. E. Prevention of dry socket: an overview. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, v. 70, n. 2, p. 131-136, 1990.
4. CARVALHO, P. S. P. et al. Influência do Alveolite no processo de reparo em feridas de extração dental infectadas: estudo histológico em ratos. *RGO*, v. 38, n. 4, p.301-304, 1990.
5. AINAMO, J. Clinical responses to subgingival application of a metronidazole 25% gel compared to the effect of subgingival scaling in adult periodontitis. *J Clin Periodontol*, v. 19, n. 9, p. 723-729, 1992.
6. UMEMOTO, T. Anaerobic bacteria in odontogenic infections, *Bull Kanagawa Dent Coll*, v. 23, n. 2, p. 105-109, 1995.
7. COLBY, R C. The general practitioners perspective of the aetiology, prevention and treatment of dry socket. *Gen Dent* , 45:461, 1997.
8. CRAWFORD, J. Y. Dry Socket. *Dent Cosmos*, 38: 929, 1986.
9. BIRN, H. Bacterial and fibrinolytic activity in 'dry socket'. *Acta Odontol Scand*, 28: 773-783, 1970.
10. BIRN, H. Fibrinolytic activity of alveolar bone in 'dry socket'. *Acta Odontol Scand*, 30: 23-32, 1972.
11. BIRN, H. Etiology and Pathogenesis of fibrinolytic alveolitis ('dry socket'). *Int J Oral Surg*, 2: 215-263, 1973.

12. BLUM, I R. Contemporary views on dry sockets (alveolar osteitis): a clinical appraisal of standardization, aetipathogenesis and management: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 31: 309-317, 2002.
13. BIRN, H. Etiology and Pathogenesis of fibrinolytic alveolitis ('dry sockets'). *Int J Oral Surg*, 2: 211, 1973.
14. BIRN, H. Fibrinolytic activity in alveolar bone in 'dry sockets'. *Acta Odontol Scand*, 30: 23, 1972.
15. BIRN, H. Kinis and pain in dry socket. *Int J Oral Surg*, 1: 34-42, 1972a.
16. CATELLANI, J. E., HARVEY S., ERICKSON S. H., CHERKINK D. Effect of oral contraceptive cycle on dry socket (localized alveolar osteitis). *J Am Dent Assoc*, 101: 777-780, 1980.
17. SWEET J. B., BUTLER D. P. The relationship of smoking to localized osteitis. *J Oral Surg*, 37: 732-735, 1979.
18. ROZANIS J., SCHOFIELD I. D. F., WARREN B. A. Is dry socket preventable? *J Can Dent Assoc*, 43: 233-236, 1977.
19. NITZAN D., SPERRU J. F., WILKINS D. Fibrinolytic activity of oral anaerobic bacteria. *Arch Oral Biol*, 23: 465-470, 1978.
20. KRUGER G. O. *Textbook of Oral and Maxillofacial Surgery*. St Louis: Mosby 1973: 226.
21. TORRES-LAGARES D, SERRERA-FIGALLO MA, ROMERO-RUIZ MM, INFANTE-COSSÍO P, GARCÍA-CALDERÓN M, GUTIÉRREZ-PÉREZ JL. Alveolitis seca. Actualización de conceptos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 10: 77-85, 2005.
22. ARIZA E, GONZÁLEZ J, BONEU F, HUETO JA, RASPALI G. Incidencia de la alveolitis seca, tras la exodoncia quirúrgica de terceros molares mandibulares

- en nuestra Unidad de Cirugía Oral. *Rev Esp Cir oral Maxilofac*, 21: 214-9, 1999.
23. HOUSTON JP, MCCOLLUM J, PIETZ D, SCHNECK D. Alveolar osteitis: a review of its etiology, prevention, and treatment modalities. *Gen Dent*, 50: 457-63, 2002.
24. ALEXANDER RE. Dental extraction wound management: A case against medicating postextraction sockets. *J Oral Maxillofac Surg*, 58: 538–551, 2000.
25. PENARROCHA M, SANCHIS JM, SAÉZ, U, BAGÁN JV. Oral hygiene and postoperative pain after mandibular third molar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 92: 260–264, 2001.
26. VEZEAU PJ. Dental extraction wound management: Medicating Postextraction Sockets. *J Oral Maxillofac Journal*, 58: 531–537, 2000.
27. JAAFAR N, NOR GM. The prevalence of post-extraction complications in an outpatient dental clinic in Kuala Lumpur Malaysia--a retrospective survey. *Singapore Dent J*, 23: 24-8, 2000.
28. SIMON E, MATEE M. Post-extraction complications seen at a referral dental clinic Dar Es Salaam, Tanzania. *Int Dent J*, 51: 273-6, 2001.
29. POOR MR, HALL JE, POOR AS. Reduction in the incidence of alveolar osteitis in patients treated with the SaliCept patch, containing Acemannan hydrogel. *J Oral Maxillofac Surg*, 60: 374-9, 2002.
30. CHEUNG LK, CHOW LK, TSANG MH, TUNG LK. An evaluation of complications following dental extractions using either sterile or clean gloves. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 30: 550-4, 2001.
31. YGGE Y, BRODY S, KORSAN-BENGTSEN K, NILSSON L. Changes in blood coagulation and fibrinolysis in woman receiving oral contraceptives. *Am J Obstet Gynaecol*, 104: 87-98, 1969.