



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
(REABILITAÇÃO ORAL)



Disciplina: Terapêutica Clínica – Conceitos Contemporâneos e Prescrição na Reabilitação Oral

Isabela Pezoti Moretto

Aluna de Mestrado – Reabilitação Oral





**Condições Sistêmicas
que indicam Pré-Medicação
na Reabilitação Oral**



Anamnese

“A anamnese é a base da consulta odontológica inicial, que tem por objetivo colher informações para formar uma ou mais hipóteses diagnósticas. Ao mesmo tempo, permite que o cirurgião-dentista comece a delinear o perfil do paciente que será tratado sob sua responsabilidade profissional.”

ANDRADE ED, 2014.



Pré-Medicação



**Proporcionar
proteção e
comodidade ao
paciente.**

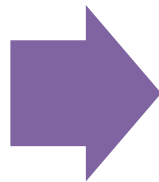
**Máximo de proteção
à saúde geral do
paciente.**

**Reduzir o número, a
gravidade e a duração
das sequelas pós-
operatórias.**



Pré-Medicação

Proporcionar ao paciente condições físicas e emocionais que lhe permitirão tolerar o tratamento odontológico



Frente a alterações sistêmicas que requerem cuidados especiais.



Pré-Medicação



Não deve ser uniformizada como um tratamento de rotina



Respeitar uma indicação precisa e definida



Para atingir o objetivo a que se destinam



Utilizar drogas específicas, doses adequadas

CUIDADO PERIGO

Hipertensão



Hipertensão



Consiste no aumento crônico da pressão sanguínea;

Fatores : dieta, sedentarismo, estresse, fumo, álcool e doenças sistêmicas crônicas (diabetes, doença renal crônica e hipertireoidismo).



Hipertensão

Tensão emocional e
ansiedade perante
intervenção cirúrgica



Risco de serem acometidos
por uma angina irreversível
ou infarto do miocárdio



Aferir pressão de todos os
pacientes no atendimento
odontológico

Hipertensão

- normal (120/80mmHg);
- normal-alta (130/90mmHg);
- moderada (150/100 mmHg);
- alta (> 160/110 mmHg).



Pacientes ASA II

HIPERTENSÃO NO ESTÁGIO 1 – pressão arterial controlada ou situada nos limites de até 160/100 mmHg, assim aferida no dia da consulta:

- Pode ser submetido a procedimentos odontológicos de caráter eletivo ou de urgência.
- Avalie a existência de outras alterações sistêmicas associadas (cardiovasculares, diabetes, insuficiência renal).
- Planeje sessões curtas de atendimento, preferencialmente na segunda parte do período da manhã (entre as 10-12 h). No caso de procedimentos mais prolongados, monitore a PA durante a intervenção.
- Prescreva um benzodiazepínico (p. ex., midazolam 7,5 mg) como medicação pré-anestésica, para evitar o aumento da pressão arterial por condições emocionais. Como alternativa, pode ser empregada a sedação mínima pela inalação da mistura de óxido nitroso e oxigênio.
- Empregue soluções contendo felipressina 0,03 UI/mL (associada à prilocaína 3%) ou epinefrina nas concentrações 1:200.000 ou 1:100.000 (em associação à lidocaína 2% ou articaína 4%). Dê preferência para as soluções com menor concentração de vasoconstritor.
- Tenha cuidado redobrado para evitar injeção intravascular e para não ultrapassar o limite máximo de 2 tubetes anestésicos contendo epinefrina 1:100.000, ou 4 tubetes com epinefrina 1:200.000, por sessão de atendimento. O limite máximo para a felipressina é de 3 tubetes.
- Para o controle da dor pós-operatória, dê preferência à dipirona ou paracetamol. Evite o uso de anti-inflamatórios não esteroides.

[Stomatos](#)

versão impressa ISSN 1519-4442

Stomatos vol.16 no.30 Canoas Jan./Jun. 2010

ARTIGOS CIENTÍFICOS

***Valeriana officinalis*: uma alternativa para o controle da ansiedade odontológica?**

***Valeriana officinalis*: An alternative for the control of dental anxiety?**

Mariana Varaschin Soldatelli

Karoline Ruschel

Tânia Maria Pereira Isolan

RESUMO

A ansiedade é um importante, se não o maior, componente de estresse dos pacientes odontológicos. A administração de drogas orais tranquilizantes vem sendo utilizada previamente à cirurgia oral. Os benzodiazepínicos são as drogas mais utilizadas nesse tipo de situação, porém apresentam efeitos indesejáveis. A literatura nos mostra que a *Valeriana officinalis* é eficaz contra ansiedade, angústia, leves desequilíbrios do sistema nervoso e não tem contra-indicações. Diferentemente dos benzodiazepínicos, é basicamente isenta de efeitos colaterais quando utilizada nas doses recomendadas. É interessante que pesquisadores da odontologia busquem maiores informações sobre o mecanismo de ação desta substância por meio de ensaios clínicos, pois talvez seja uma alternativa viável para os cirurgiões-dentistas que fazem uso da pré-medicação, já que tem suas virtudes medicinais elucidadas desde o século IX e não acarreta desconforto para o paciente após a intervenção.

Palavras-chave: Ansiolíticos. Fitoterapia. Valeriana.

[Início](#) / [Arquivos](#) / [2019](#) / [Resumo](#)

O USO DE FITOTERÁPICOS PARA O CONTROLE DO MEDO E ANSIEDADE NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ANA CLARA LIMA DE FARIAS

LARA BORGES DE DEUS

THAYNARA LISS COSTA RIBEIRO

WILSON JOSÉ MARIANO JÚNIOR

LUCIMAR PINHEIRO ROSSETO



pdf

Publicado

2019-05-29

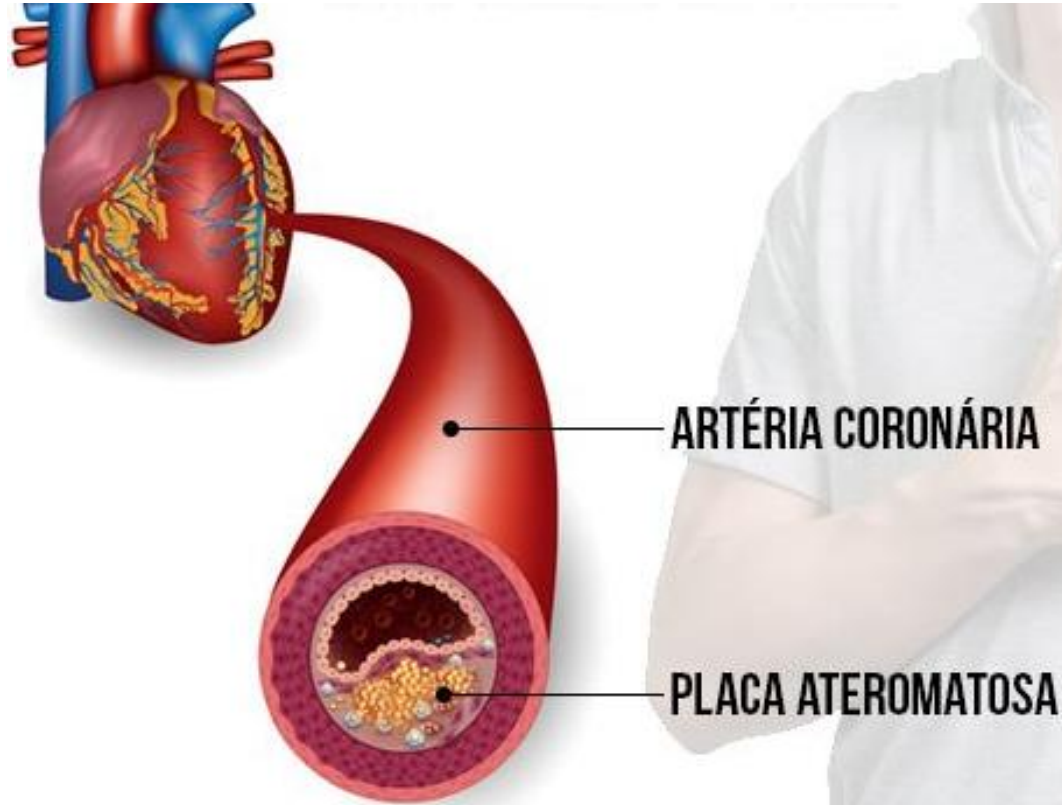
Edição

[2019](#)

Angina de Peito



Angina de Peito



Síndrome clínica
causado pela
isquemia transitória
do coração
decorrente do
desequilíbrio entre as
exigências de oxigênio
pelo miocárdio e o
fornecimento desse
elemento pela
corrente sanguínea.

Angina de Peito

Causas:

- esforços físicos, excesso de alimentos, exposição ao frio intenso, e a emoção.

Manifestações:

- leves ou severas;
- curta ou de longa duração.

Sintoma:

- sensação de pressão, de dor na região torácica.

Duração:

- menor que 3 ou 4 minutos;
- sob tensão emocional, podem durar até 15 minutos.

Angina de Peito

Precauções:

1. Entrar em contato com o cardiologista;

2. Utilizar o protocolo de redução de ansiedade (sedação oral ou venosa). Midazolam 7,5 mg, alprazolam 0,5 mg ou lorazepam 1 mg;

3. Caso necessário, utilizar como pré-medicação um vasodilatador coronário (5 minutos antes do início do atendimento). Isordil 2,5mg a 5mg (dinitrato de isossorbida) por via sublingual;



Angina de Peito

4. Anestesia local indolor, com injeção lenta, após aspiração negativa, com profundidade e duração adequadas;

5. Monitorar os sinais vitais, se possível através de aferidor de pulso, constantemente.

6. Manter contato verbal com o paciente ao longo do procedimento monitorando suas reações.

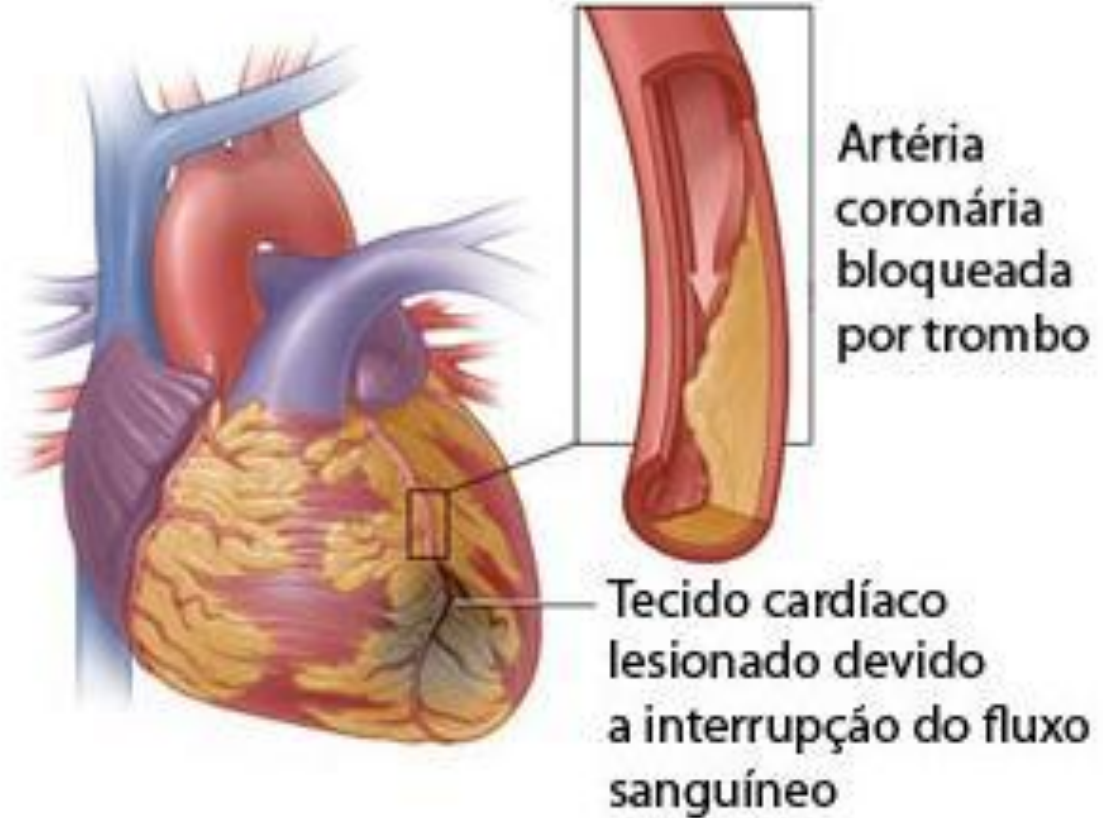
*As sessões de tratamento devem ser curtas. (30-40 minutos) Devem ser no período das 10 horas da manhã.

Infarto do Miocárdio

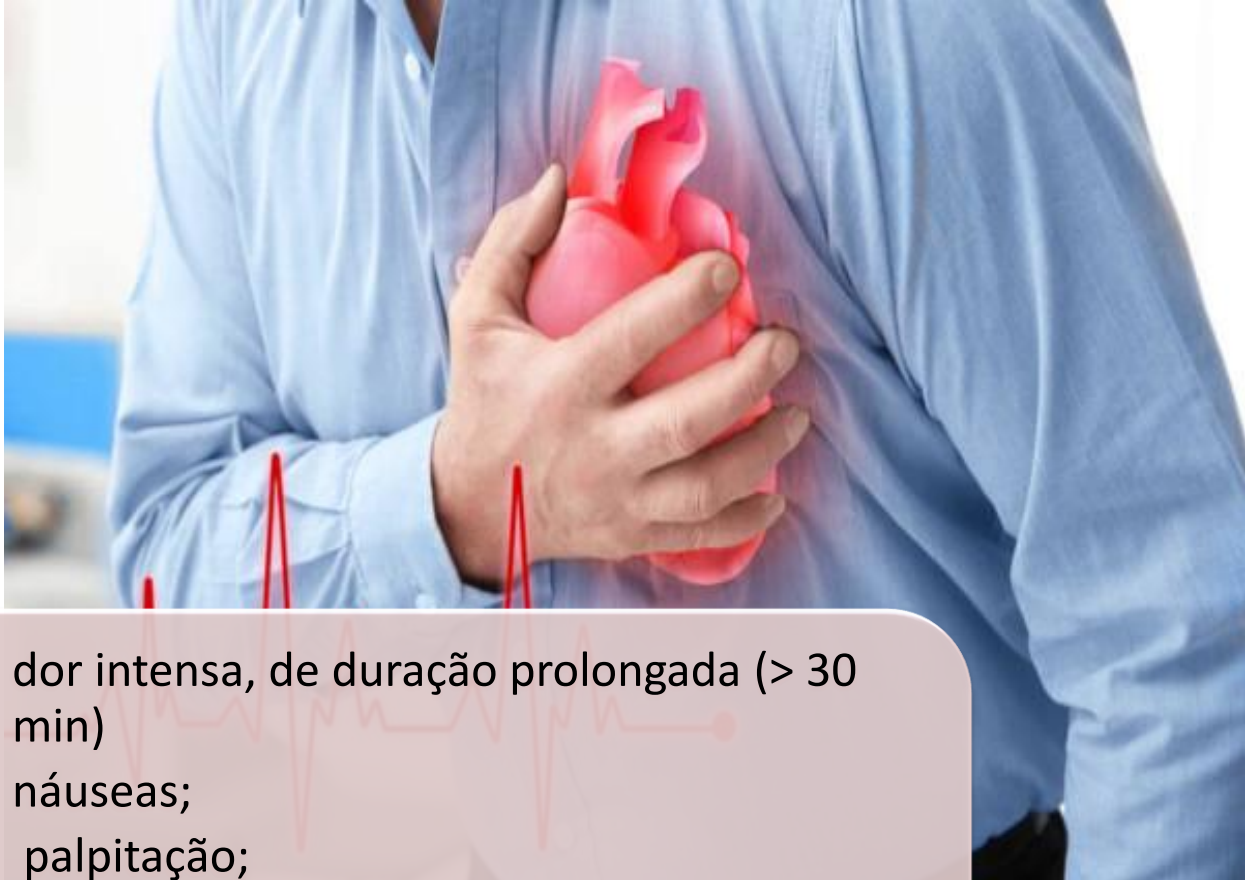


Infarto do Miocárdio

O infarto do miocárdio é a necrose de parte do músculo cardíaco, resultante da insuficiência crítica de irrigação sanguínea da área afetada.



Infarto do Miocárdio



Sinais e sintomas:

- dor intensa, de duração prolongada (> 30 min)
- náuseas;
- palpitação;
- palidez;
- Transpiração fria;
- hipotensão arterial (dispnéia).

Infarto do Miocárdio

Exame clínico:

- lábios, língua, mucosas e extremidades cianóticas.

Fatores:

- predisõem: idade, sexo, temperamento, hipertensão arterial e diabetes mellitus, entre outros.
- precipitantes: esforços físicos, estados emocionais, traumatismos torácicos e intervenções cirúrgicas.

Infarto do Miocárdio

Precauções:

1. Entrar em contato com o cardiologista;

2. Utilizar o protocolo de redução de ansiedade (sedação oral ou venosa). Midazolam 7,5 mg, alprazolam 0,5 mg ou lorazepam 1 mg;

3. Caso necessário, utilizar como pré-medicação um vasodilatador coronário (5 minutos antes do início do atendimento). Isordil 2,5mg a 5mg (dinitrato de isossorbida) por via sublingual;



Infarto do Miocárdio

4. Anestesia local indolor, com injeção lenta, após aspiração negativa, com profundidade e duração adequadas;

5. Monitorar os sinais vitais, se possível através de aferidor de pulso, constantemente.

6. Manter contato verbal com o paciente ao longo do procedimento monitorando suas reações.

*As sessões de tratamento devem ser curtas. (30-40 minutos) Devem ser no período das 10 horas da manhã.

Infarto do Miocárdio

Precauções Extras:

6 meses a 1 ano, para iniciar qualquer tratamento odontológico cirúrgico;

Sob terapia com anticoagulantes: deve ser evitado todo o tratamento dental que possa provocar hemorragia.

Insuficiência Cardíaca Congestiva



Insuficiência Cardíaca Congestiva



É uma doença na qual há uma diminuição da contratilidade do músculo cardíaco, ou seja, o coração não tem força suficiente para manter um volume de ejeção normal do sangue.



Insuficiência Cardíaca Congestiva

Causas:

- hipertensão arterial severa e persistente;
- doenças valvares;
- doença cardíaca isquêmica;
- distúrbios da tireoide.

Sinais e sintomas:

- dispneia;
- edema nos quadris;
- distensão das grandes veias do pescoço;
- tosse não produtiva ;
- edema pulmonar agudo.

Insuficiência cardíaca congestiva: protocolo de atendimento

- As sessões de atendimento devem ser de curta duração e a anestesia perfeita, para se evitar a dor e, em decorrência, a taquicardia, que pode exigir um trabalho ainda maior do músculo cardíaco já comprometido.
- Considere a sedação mínima pelo uso de midazolam 7,5 mg ou lorazepam 1 mg (em idosos), como complemento de outros métodos de condicionamento.
- No caso de *ICC estável* (assim avaliada pelo médico), podem ser empregados pequenos volumes de soluções anestésicas contendo epinefrina 1:100.000 ou 1:200.00 ou felipressina 0,03 UI/mL.
- Coloque a cadeira na posição semi-inclinada, pois o paciente pode apresentar dificuldade respiratória na posição deitada.
- Monitore a pressão arterial (PA) e a frequência cardíaca (FC) em intervalos regulares durante a consulta.
- Se houver aumento significativo da PA e/ou da FC durante o atendimento, é recomendável fazer um período de repouso e esperar que retornem aos limites normais. Se isso não ocorrer, é prudente interromper o atendimento e encaminhar o paciente ao médico para investigar as causas dessa alteração.

Arritmia Cardíaca

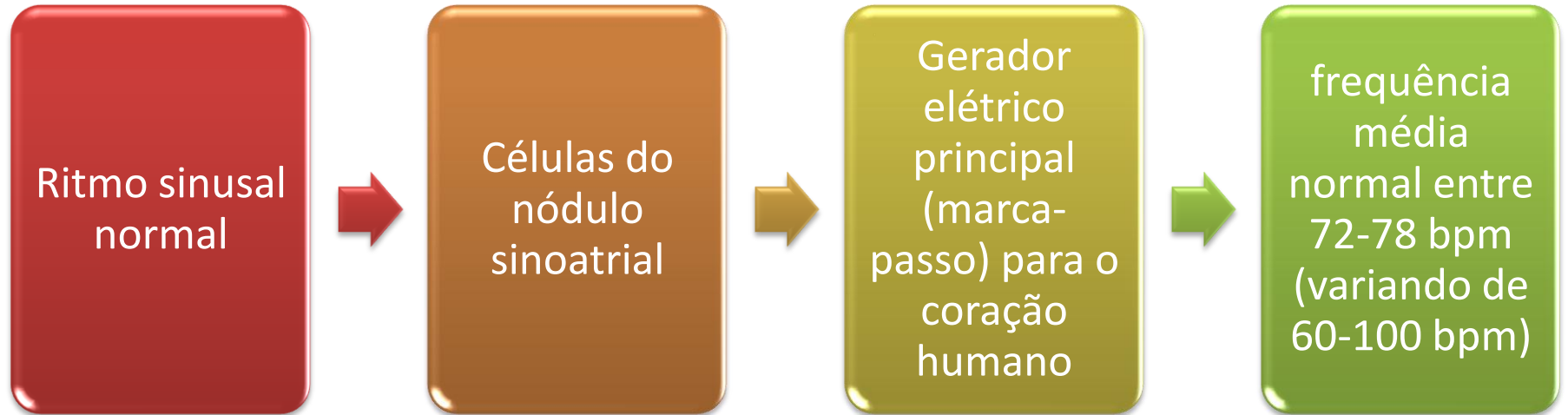


Arritmia Cardíaca

The background of the slide features a faint, light-colored ECG (heart rate) rhythm. The rhythm is irregular, with varying intervals between the peaks, which visually represents the concept of cardiac arrhythmia.

Alterações no ritmo ou
na frequência
cardíaca.

Arritmia Cardíaca



Arritmia Cardíaca

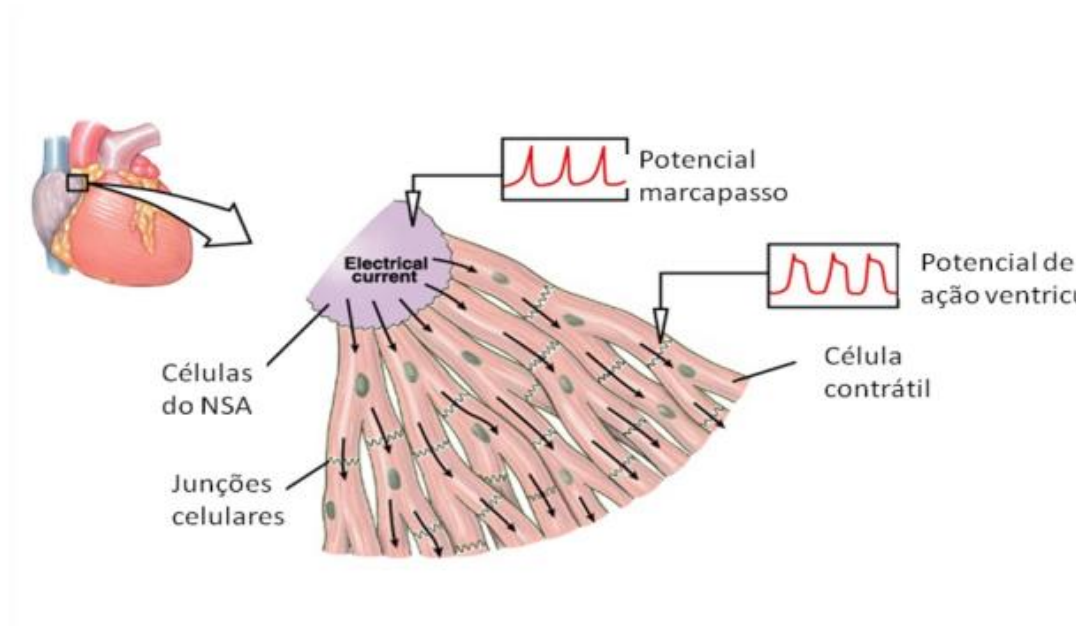


Fig. 3 – (A) Representação gráfica de potencial marcapasso no nódulo sinoatrial (NSA) e de potencial de ação no músculo do ventrículo (Adaptado de Guyton e Hall, 2006). (B) Condução elétrica de células cardíacas - formas de potencial marcapasso no nódulo sinoatrial e no potencial de ação nas células do ventrículo (Adaptado de Silverthorn, 2003).

Arritmia Cardíaca

Frequências
cardíacas < 60
bpm - bradicardias
sinusais

- Normal em atletas bem condicionados, jovens, adultos saudáveis, idosos e em repouso.
- Anormal quando persiste na presença de dor ou após exercícios (doenças infecciosas).

Frequências
cardíacas > 100
bpm -taquicardias
sinusais

- Resposta fisiológica: exercícios, ansiedade, estresse ou emoções fortes.
- Medicamentos: atropina, a nicotina, a cafeína e a epinefrina.
- Causas patológicas: febre, infecção, hipertireoidismo e anemia.

Arritmia Cardíaca



Não houver limitação de atividades no trabalho - poderá receber tratamento odontológico com anestesia local.

Apresentar restrições às atividades diárias de rotina – Conversar com o médico cardiovascular do paciente.





The Journal of Prosthetic Dentistry

Volume 81, Issue 5, May 1999, Pages 533-536



Cardiovascular disease and treatment outcomes with osseointegration surgery ☆, ☆☆☆, ☆

Vali Khadivi DDS^a, James Anderson BSc, DDS, MSc^b, George A. Zarb BCHD, DDS, MS, MS, FRCD^c

Show more ▼

[https://doi.org/10.1016/S0022-3913\(99\)70207-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3913(99)70207-6)

[Get rights and content](#)

246 pacientes (153 mulheres e 93 homens).

Influência das doenças cardiovasculares sobre os resultados da osseointegração.

Prevalência de doença cardiovascular 23,9%.

Não houve diferença significativa na taxa de insucesso dos implantes entre pacientes com doenças cardiovasculares (13%) e o controle da população (12%).

Conclusão: que os pacientes com doença cardiovascular controlada não apresentam maior risco de falha da osseointegração do que os pacientes em condições normais.



Reumatismo Infeccioso

Reumatismo Infeccioso



Doença que ataca articulações, coração e sistema nervoso, inflamando-os.

Causa

infecção de garganta (bactéria estreptococo beta-hemolítico)
→ mal curada

Reumatismo Infeccioso

infecção de garganta

5 a 7 dias: anticorpos →
neutraliza a bactéria

2 semanas: pessoas
predisponentes → dor
e inchaço nas
articulações dos
membros inferiores →
Febre Reumática

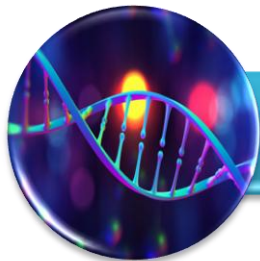
Reumatismo Infeccioso



Faixa etária: 5 a 15 anos.



Meninos e meninas.



Pessoas com predisposição genética desenvolvem a infecção .

Reumatismo Infeccioso

A inflamação poderá ocorrer também no coração (50% dos casos):

- o endocárdio;
- o miocárdio;
- pericárdio.

Inflamação severa:

- cansaço ao fazer esforços;
- taquicardia;
- insuficiência cardíaca.

Doença auto limitada, exceto inflamação do coração.

Reumatismo Infeccioso

Prevenir é fundamental:

- Crianças e adolescentes que apresentam infecção de garganta têm de ser levados a um pediatra.
- Identificar a moléstia:
 - dor de garganta;
 - Febre;
 - aumento dos gânglios no pescoço;
 - pontos vermelhos ou placas de pus na garganta.

Tratamento:

- antibiótico (penicilina benzatina) 1 aplicação (injeção intramuscular), nos primeiros 9 dias da infecção. A prevenção é imediata.
- Antibióticos, por via oral, pode ser indicado eventualmente por 10 dias.

Reumatismo Infeccioso

Quando crianças e adolescentes já apresentam dor e inchaço nas articulações:

Ser levados logo ao médico.

Tratamento:

Aspirina → interrompe a evolução.

Se já tingiu o coração → utiliza-se a cortisona → interrompe em 2 a 3 semana a progressão da enfermidade, evitando as complicações.

Reumatismo Infeccioso

Prevenir a endocardite bacteriana subaguda em pacientes com antecedentes de febre reumática na prática clínica:

- rigorosa antissepsia da cavidade oral
- doses profiláticas devem ser prescritas antes de qualquer procedimento cirúrgico invasivo.

Medicamento	Dosagem
Amoxicilina	2g via oral, 1 hora antes do procedimento.
Pacientes alérgicos á Amoxicilina ou Penicilina	
Clindamicina	600mg via oral, 1 hora antes do procedimento.
Eritromicina	1g via oral, 1 hora antes do procedimento.

Diabetes Mellitus



Diabetes Mellitus

É causado pela subprodução de insulina, pela resistência dos receptores da insulina nos órgãos periféricos aos efeitos da insulina ou por ambos.

Diabetes Mellitus Tipo I: Insulino-dependente (Mais comum em jovens)

Diabetes Mellitus Tipo II: Não Insulino-dependente (Mais comum em adultos +40 anos)



Diabetes Mellitus

Tabela 20.1 Valor da glicemia (mg/dL) e critério diagnóstico

Critério diagnóstico	Glicemia em jejum (mínimo de 8 h)	Glicemia 2 h após 75 g de glicose	Glicemia casual ou aleatória
Glicemia normal	70-99	< 140	< 200
Intolerância à glicose	100-125	≥ 140 e < 200	—
Diabetes melito	≥ 126*	≥ 200	≥ 200 (com sintomas)

* Resultados de duas amostras colhidas em dias diferentes.

Sintomas: sede excessiva, micções frequentes e perda inexplicável de peso corporal.

Diabetes Mellitus

Características:

- A diabetes de maior prevalência;
- Geralmente o próprio paciente diabético conhece seu estado e o declara na anamnese.
- Fome, sede, urina em demasia, perda de peso ou de visão e dificuldades na cicatrização de ferimentos.

Diabetes Mellitus

Pré-medicados com um benzodiazepínico, para controle da ansiedade.

Sedação inalatória → mistura dos gases óxido nitroso e oxigênio.

Assepsia e antissepsia local rigorosas.

Diabetes Mellitus




Uso profilático de antibióticos → doença descompensada.

Avaliar cada caso em conjunto com o médico → risco em intervenções cirúrgicas → bacteremia transitória.

Quando a profilaxia antibiótica for indicada → Dose única de amoxicilina, 1 h antes do início da intervenção.

Diabetes Mellitus



Cirurgias → devidamente compensados (a taxa de glicose dentro dos padrões de normalidade).

Casos de resultados anormais → encaminhar o paciente ao endocrinologista.

Emprego de insulina → realizar cirurgia durante fase decrescente da curva glicêmica (1 hora e 30 minutos a 3 horas após a administração do medicamento).

Diabetes Mellitus

- Estudos mostram que quando o paciente é diabético controlado não apresenta risco aumentado de perda de implante, e as complicações encontradas nas próteses têm similaridade, se comparadas com os mesmos critérios, de pacientes não diabéticos. Esses estudos, inclusive contraindicam a instalação de implantes em pacientes com diabetes não controlado.

Diabetes Mellitus

Cobertura com antibióticos para cirurgias em pacientes diabéticos não controlados
→ redução na atividade imunitária e cicatrização mais lenta.

Maior risco de desenvolver infecção pós-operatória.

Complicações sistêmicas que desregulam o sistema imunológico do paciente →
retinopatia diabética, nefropatia, neuropatia, perturbações micro e macrovasculares e
comprometimento da cicatrização.

Na cavidade oral, é comum ocorrer xerostomia, cárie e periodontite.

Medicamento	Dosagem
Amoxicilina	2g via oral, 1 hora antes do procedimento.
Pacientes alérgicos á Amoxicilina ou Penicilina	
Clindamicina	600mg via oral, 1 hora antes do procedimento.
Eritromicina	1g via oral, 1 hora antes do procedimento.

Prof. Dr. Antonio Miranda da Cruz Filho
CROSP: 34.512
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto



P/

Via Oral

Dr. Isabela Pezoti Moretto
CROSP: 135862
Faculdade de Odontologia Ribeirão Preto

Amoxicilina (500 mg) ————— 04 cápsulas

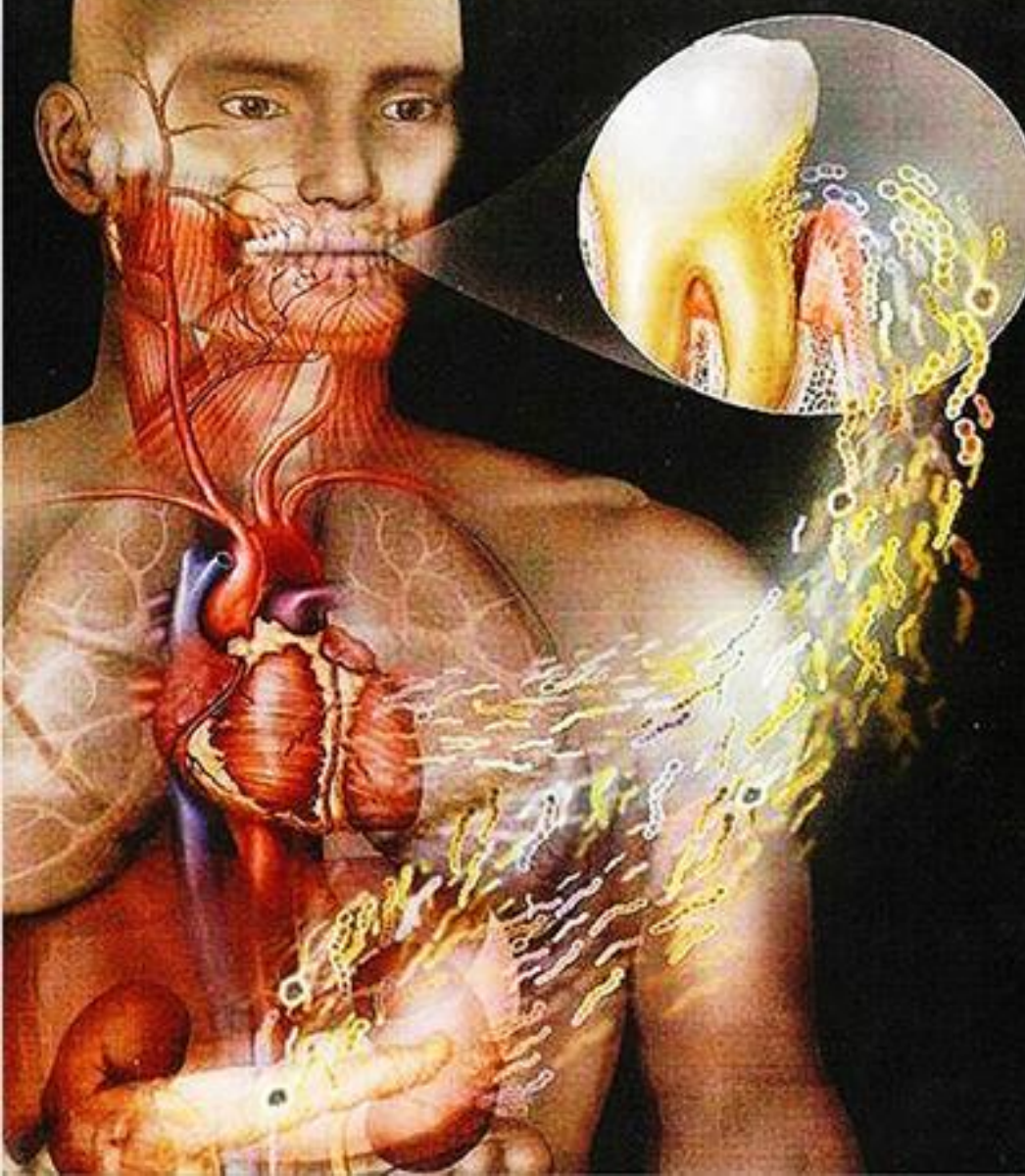
Tomar 4 cápsulas de uma única vez 1 hora antes do procedimento odontológico.



Ribeirão Preto, 15 de agosto de 2017

Av. do Café, s/n – Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP
Fone: (19) 3316-0102 – isabela_moretto@hotmail.com

Av. do Café, s/n – Monte Alegre – Ribeirão Preto – SP
Fone (16) 3315-4023 – email: cruz@usp.br



Endocardite Bacteriana

Endocardite Bacteriana

Infecção do revestimento interno do coração, geralmente envolvendo as válvulas cardíacas.

É uma infecção da superfície do endocárdio (endocárdio valvar), mas que também pode acometer outras estruturas como as comunicações .

Normalmente, a endocardite ocorre quando germes de outras partes do corpo circulam pelo sangue e se anexam a áreas danificadas do coração. Pessoas com válvulas cardíacas danificadas ou artificiais ou outros problemas cardíacos correm mais risco.

Endocardite Bacteriana

De origem bacteriana, mas pode ser de outros (ex. fungos)

Início → deposição de plaquetas e de fibrina no local → colonização bacteriana → formação de vegetações → disseminação da infecção por via sanguínea.

Endocardite Bacteriana

ANORMALIDADES DAS VALVAS CARDÍACAS:

Distúrbios congênitos

Doenças adquiridas

A EI é a causa mais comum de deformidade das valvas cardíacas.

Outras etiologias: sífilis, aterosclerose, trauma físico, anomalias congênitas e doenças adquiridas.

Endocardite Bacteriana

Prevenção da
Endocardite
Bacteriana:

- Avaliar: características físicas, genéticas e imunológicas do paciente (e das bactérias);
- Relação com o ambiente em que vivem.
- Observação, diagnóstico e trabalho em equipe multiprofissional são imprescindíveis.

Quadro 18.1 Prevenção da endocardite infecciosa – Diretrizes da American Heart Association (2007), considerando as condições cardíacas e os procedimentos odontológicos que requerem a profilaxia antibiótica

Condições cardíacas de alto risco para a EI, quando a profilaxia antibiótica é recomendada

- Valva cardíaca protética ou material protético usado para reparo da valva cardíaca
- História de endocardite infecciosa prévia
- Valvopatia adquirida em paciente transplantado cardíaco
- Doenças cardíacas congênitas (DCC):
 - Cardiopatia congênita cianogênica não corrigida, incluindo *shunts* e condutos paliativos
 - Cardiopatia congênita corrigida com material protético (nos primeiros seis meses pós-cirurgia)
 - Cardiopatia congênita cianogênica corrigida que evoluiu com defeito residual (que impede a reepitelização)

Intervenções odontológicas de risco para a endocardite infecciosa, que requerem o uso profilático de antibiótico

- Todo procedimento odontológico que envolve manipulação dos tecidos gengivais ou da região periapical dentária ou perfuração da mucosa oral

Atenção: os seguintes procedimentos ou eventos **não requerem a profilaxia:** técnicas anestésicas de rotina em tecidos não infectados, tomada de radiografias, colocação ou ajuste de aparelhos protéticos ou ortodônticos (incluindo brackets), esfoliação de dentes decíduos e sangramento da mucosa oral ou labial devido a trauma.

Fonte: Wilson e colaboradores.²⁹

Endocardite Bacteriana

Portadores de stents
das artérias coronárias e
a endocardite

- O stent cardíaco não é considerado uma “cura” para a doença coronariana isquêmica;
- Eventos cardíacos adversos, como o infarto do miocárdio, ainda podem ocorrer após a colocação do dispositivo;
- Cuidado durante os primeiros 30 dias após a implantação do stent;
- Discutir com o cardiologista a necessidade do uso profilático de antibiótico para prevenir a endoarterite.

CASE REPORT

A not very NICE case of endocarditis

Rekha Lopez,¹ Sophie Flavell,² Claire Thomas¹

¹Department of Microbiology,
Imperial College NHS Trust,
London, UK

²GUM Department, Hawthorn
House, Heartlands Hospital,
Heart of England NHS Trust,
Birmingham B7 5SS, UK

Correspondence to

Dr Claire Thomas;
claireP.Thomas@imperial.nhs.uk

SUMMARY

A 69-year-old man, previously independent and with a pre-existing metallic aortic valve, presented with a history of fevers, confusion and malaise and was diagnosed with prosthetic valve endocarditis. Blood cultures taken on presentation grew *Streptococcus sanguinis* and vegetations were confirmed on transoesophageal echocardiogram. He had had a dental procedure 10 days before presentation but had not received prophylactic antibiotics; he had been receiving antibiotic prophylaxis for dental treatment up until the change in NICE guidelines in 2008. He was treated with high dose antibiotics and was referred for cardiothoracic surgery, but developed a cerebrovascular event, thought to be embolic, and deteriorated and died. Given that the patient had a metallic aortic valve and poor dentition, and therefore was at increased risk of infective endocarditis, should the new guidelines have been followed so rigidly, particularly as American and European guidelines still recommend the use of antibiotic prophylaxis in this patient group?

Antimicrobial Therapy (BSAC) guidelines. He had two ventricular fibrillation arrests, was intubated and transferred to the intensive care unit. Coronary angiography showed no lesion to explain the arrests, although diffuse disease was present. The patient was transferred from a peripheral hospital for consideration of cardiothoracic surgery. However, he developed a dense left hemiparesis, and CT brain imaging revealed a subacute large right frontal infarct, and so surgery was no longer considered an option. The patient continued to deteriorate and died 6 weeks after presentation.

INVESTIGATIONS

Six blood culture bottles on presentation all grew *S sanguinis* (α haemolytic streptococcus) which is a member of the strep viridans family associated with normal oral flora.

Transoesophageal echocardiogram demonstrated vegetations on the aortic and mitral valves with an associated paravalvular abscess around the aortic

Endocardite Bacteriana

Caso de endocardite infecciosa em paciente portador de prótese metálica da válvula aórtica;

Em atendimentos odontológicos, anteriores a recomendação do NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) de não mais recomendar a profilaxia antibiótica sistêmica, era tratado com a mesma;

Esse paciente, 10 dias após a intervenção odontológica sem profilaxia antibiótica, foi diagnosticado com endocardite bacteriana, sendo então submetido a cirurgia cardiotorácica, vindo a óbito em consequência de um acidente vascular encefálico.

Medicamento	Dosagem
Amoxicilina	2g via oral, 1 hora antes do procedimento.
Pacientes alérgicos á Amoxicilina ou Penicilina	
Clindamicina	600mg via oral, 1 hora antes do procedimento.
Eritromicina	1g via oral, 1 hora antes do procedimento.



E no caso do paciente necessitar de profilaxia e de atendimento emergencial?



O atendimento deve ser realizado de imediato e após a consulta deve-se fazer a antibioticoterapia.

DOR



Tratamento Imediato



Antibioticoterapia



Referências

- Andrade ED. Terapêutica Mecamentosa. São Paulo: Artes Médicas. 3 ed, 2014.
- Andrade ED, Ranali J, organizadores. Emergências médicas em odontologia. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas; 2011. p. 113-7.
- Peterson LJ, Ellis E, Hupp JR, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. p. 03-43, 4a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.
- Little JW, Donald AF. Dental Management of the Medically Compromised Patient, p. 443. 3th ed. St. Louis: Mosby; 1988
- Lopez R, Flavell S, Thomas C. A not very NICE case of endocarditis. BMJ Case Rep. 2013.
- Khadivi V, Anderson J, Zarb GA. Cardiovascular disease and treatment outcomes with osseointegration surgery. J Prosthet Dent., 81(5):533-6, 1999.
- Sociedade Brasileira de Reumatologia. Portal na internet: <https://www.reumatologia.org.br/orientacoes-ao-paciente/febre-reumatica>. 2011
- Shernoff AF, Colwell JA, Bingham SF. Implants for type II diabetic patients: Interim report. VA Implants in Diabetes Study Group. Implant Dent., 3:183–185, 1994.
- Balshi TJ, Wolfinger GJ. Dental implants in the diabetic patient: A retrospective study. Implant Dent., 8:355–359, 1999.
- Taylor, G.W., Manz, M.C. & Borgnakke, W.S. Diabetes, periodontal diseases, dental caries, and tooth loss: a review of the literature. Compendium of Continuing Education in Dentistry, 25:179–190, 2004.
- Graves, D.T., Liu, R., Alikhani, M., Al-Mashat, H. & Trackman, P.C. Diabetes-enhanced inflammation and apoptosis – impact on periodontal pathology. Journal of Dental Research, 85: 15–21, 2006.
- Adell R. The surgical principles of osseointegration. In: Worthington P, Brånemark P-I (eds). Advanced Osseointegration Surgery. Chicago: Quintessence, 94–107, 1992.
- Soldatelli MV, Ruschel K, Solan TMP. *Valeriana officinalis*: uma alternativa para o controle da ansiedade odontológica?. Stomatos. 16(30). 2010.
- Farias ACL, Deus LB, Ribeiro TLC, Júnior WJM, Rosseto LP. O Uso De Fitoterápicos Para O Controle Do Medo E Ansiedade No Tratamento Odontológico. Rev. Anais Jorn Odont Anápolis. 2019.

A nighttime photograph of the Faculty of Dentistry of Ribeirão Preto - USP building. The building is illuminated, and the text "FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO - USP" is visible on the wall. Three flags are flying on poles in the foreground. The background shows a large tree and a street lamp.

Obrigada!

isabela_moretto@hotmail.com