



TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM GESTANTES: RELATO DE CASO

ENDODONTIC TREATMENT IN PREGNANT WOMEN: CASE REPORT

Lara Izadora Barbosa BARROS
Faculdade Paulo Picanço-FACPP
E-mail: lara_ibbarros@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9051-1804>

Ana Letícia Daniel FONTENELE
Faculdade Paulo Picanço-FACPP
E-mail: ana.leticiaadf@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5540-5676>

Rachel Brazuna SOLIDÔNIO
Faculdade Paulo Picanço-FACPP
E-mail: rachelsolidonio27@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2491-3993>

Francisbênia Alves SILVESTRE
Universidade Federal do Ceará-UFC
E-mail: beniaasilvestre@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8620-8678>

Natalia Almeida MOTA
Faculdade Paulo Picanço-FACPP
E-mail: nataliamota70@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3112-7313>

Francisco Nathizael Ribeiro GONÇALVES
Faculdade Paulo Picanço-FACPP
Email: nathizael.goncalves@facpp.edu.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2608-0614>

RESUMO

O Tratamento endodôntico é a parte da odontologia que visa cuidar das doenças e lesões que afetam a polpa dental, promovendo a desinfecção do sistema de canais radiculares e restabelecendo a saúde e função. Ao realizar um tratamento endodôntico em gestantes, é de suma importância que o dentista tenha cuidados especiais para o atendimento ocorrer de forma segura, garantindo o conforto e a manutenção da saúde da mãe. O presente estudo, por meio de um relato de caso clínico, tem como objetivo descrever o tratamento endodôntico em gestante, mostrando o passo a passo do procedimento, adotando algumas normas de conduta que minimizem os riscos da paciente. A paciente gestante buscou a clínica para tratamento endodôntico, uma vez

Lara Izadora Barbosa BARROS; Faculdade Paulo Picanço-FACPP; Ana Letícia Daniel FONTENELE; Rachel Brazuna SOLIDÔNIO; Francisbênia Alves SILVESTRE; Natalia Almeida MOTA; Francisco Nathizael Ribeiro GONÇALVES. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2024. FLUXO CONTÍNUO – FEVEREIRO-MARÇO. Ed. 49. Vol. 1. Págs. 144-159. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdefacit.edu.br.

que possuía um dente com processo carioso e apresentava-se com pulpíte irreversível. Os procedimentos endodônticos foram realizados sob condições controladas e padronizadas, na supervisão de um especialista em endodontia. O tratamento foi executado em duas sessões. Conclui-se que, uma vez finalizado o tratamento endodôntico, foi revertido o quadro sintomático da paciente e restabelecida a saúde do elemento dental, evidenciando a escolha correta de técnicas e materiais, sem comprometer a condição da paciente gestante e do bebê no ventre da mãe.

Palavras-chave: Gestantes. Tratamento endodôntico. Endodontia.

ABSTRACT

Endodontic treatment is the branch of dentistry that aims to address diseases and injuries affecting dental pulp, promoting disinfection of the root canal system and restoring health and function. When performing endodontic treatment on pregnant patients, it is of paramount importance that the dentist takes special precautions to ensure that the procedure occurs safely, guaranteeing the comfort and maintenance of the mother's health. This present study, through a clinical case report, aims to describe endodontic treatment in a pregnant patient, outlining the step-by-step procedure and adopting certain conduct norms to minimize patient risks. The pregnant patient sought the clinic for endodontic treatment, as she had a carious tooth with irreversible pulpitis. The endodontic procedures were carried out under controlled and standardized conditions, under the supervision of an endodontic specialist. The treatment was performed in two sessions. It can be concluded that, once the endodontic treatment was completed, the patient's symptomatic condition was reversed, and the dental element's health was restored, demonstrating the correct choice of techniques and materials without compromising the condition of the pregnant patient and the baby in the mother's womb.

Keywords: Pregnant women. Endodontic treatment. Endodontics.

INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma doença não transmissível mais prevalente nas clínicas odontológicas. Ela provoca danos aos dentes, devido à ação das bactérias que

produzem ácidos, resultando em um desequilíbrio no processo de des/remineralização. A higiene oral precária é a principal causa da cárie e quando não tratada, pode provocar dor, infecções e levar à perda do dente (BATISTA; VASCONCELOS; VASCONCELOS, 2020).

Conforme Pereira e Carvalho (2008), existe uma maior prevalência de lesões cáries no gênero feminino (69,4%), sendo a causadora da maioria dos casos de alterações pulpares, levando o paciente a ter que realizar o tratamento endodôntico. Em mulheres grávidas, essa porcentagem aumenta devido a alguns fatores, tais como: a ação dos ácidos gástricos, dos vômitos ou enjoos matinais, que causam a desmineralização do esmalte, o acúmulo de placa e a mudança de hábitos alimentares.

A gravidez é um período em que ocorrem muitas mudanças físicas, emocionais e fisiológicas no corpo da mulher. Para ser feito um tratamento endodôntico nesse momento, é necessário que o endodontista tenha cuidado redobrado, adotando algumas normas de conduta para a maior segurança e tranquilidade da mãe (GUIRADO; BENTO; MORANTE, 2021). Especialmente no caso da endodontia, devido ao grau de invasividade dos procedimentos, como anestésias e medicamentos, além dos exames de imagens. Vale salientar também a atenção que deve ser dada ao período em que se encontra a gestação e o posicionamento da paciente na cadeira odontológica (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

O segundo trimestre da gravidez é considerado o melhor período para atender gestantes, já que a organogênese está completa, o feto está desenvolvido e a mãe está psicologicamente e fisicamente adaptada. No entanto, em casos de urgência, a paciente deve ser atendida independentemente do estágio da gestação (MATSUBARA; DEMETRIO, 2017). Durante o primeiro trimestre, recomenda-se adiar tratamentos odontológicos evitáveis para evitar possíveis riscos ao feto e à gestante, devido ao estágio crucial do desenvolvimento fetal. Conforme o primeiro trimestre avança, o útero não apresenta tamanho desconfortável na cadeira odontológica, e as náuseas geralmente diminuem após a conclusão da fase de organogênese. Assim, o segundo trimestre é frequentemente considerado ideal para procedimentos endodônticos (IBHAWOH; ENABULELE, 2015).

Em relação ao uso das anestésias, é importante que o dentista saiba qual técnica anestésica utilizará, a quantidade de dose administrada, se tem ou não vasoconstritor,

os efeitos citotóxicos e se há possibilidade de causar problemas ao feto (RODRIGUES et al., 2017). Além disso, o uso dos medicamentos pode causar efeitos ao feto que vão depender de vários fatores, incluindo a quantidade de substância que será utilizada. Ao prescrever um medicamento, o dentista deve averiguar se o fármaco é considerado seguro na gestação. As radiografias, embora sejam essenciais para o tratamento endodôntico, devem ser realizadas quando indispensáveis, evitando repetições, além de se utilizar a roupa de proteção com revestimento de chumbo (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2015).

Frequentemente dentistas enfrentem inseguranças ao atender pacientes gestantes, uma vez que o assunto muitas vezes não é abordado de forma eficiente durante a formação acadêmica, permanece envolto em tabus e falta de consenso. Além disso, muitas gestantes sentem-se em situação de risco, preocupadas com a possibilidade de tratamento odontológico causar anomalias congênitas ou aborto, o que muitas vezes leva à evitação de consultas odontológicas (MOIMAZ et al., 2017). Portanto, é crucial que os cirurgiões-dentistas possuam conhecimento abrangente para uma abordagem clínica adequada nesse contexto, visando garantir a saúde bucal da gestante e do feto, além de proporcionar tranquilidade e segurança para a paciente.

Diante disso, o objetivo deste relato é apresentar um caso clínico de tratamento endodôntico realizado em uma paciente gestante no terceiro trimestre, detalhando todo o processo do procedimento, com ênfase na adoção de normas de conduta destinadas a minimizar os riscos tanto para a paciente quanto para o feto.

RELATO DE CASO CLÍNICO

O relato de caso a ser descrito foi realizado na Faculdade Paulo Picanço (FACPP). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente, este que também consentiu com o plano de tratamento proposto e autorizou a utilização dos dados, resultados e imagens deste trabalho para fins científicos.

Paciente I.G.S.C, do sexo feminino, 32 anos, gestante, compareceu à clínica da Faculdade Paulo Picanço, relatando haver realizado o pré-natal odontológico em um posto de saúde e foi orientada, pela dentista da unidade básica, sobre a necessidade de se tratar endodonticamente o dente 14 (primeiro pré-molar superior direito). Durante a anamnese a paciente relatou estar no terceiro trimestre da gestação. No exame

clínico, observou-se que o dente 14 estava com uma restauração provisória ocluso-distal. Após o teste complementar radiográfico periapical, foi constatado que o elemento 14 apresentavam uma extensa área radiolúcida sugestiva de cárie dental em íntimo contato com a cavidade pulpar. Além disso, ao observar a região periapical, foi visto uma área radiolúcida sugestiva de lesão periapical, corroborando com o resultado negativo do teste de sensibilidade ao frio. Também foi detectado que os dentes 13 e 15 estão hígidos, e o dente 16 apresenta radiopacidade na superfície oclusal da coroa sugestiva de uma restauração plástica (Figura 1).

Figura 1 - Imagem radiográfica do dente 14.



Fonte: Os autores (2024).

Após o exame clínico, constatou-se a necrose, sendo proposto o tratamento endodôntico (necropulpectomia) do dente 14. Na primeira sessão foi realizada anestesia infiltrativa com lidocaína 2% com o vasoconstritor epinefrina, na concentração 1:100.000 e isolamento absoluto com dique de borracha, arco de Ostby, grampo 208 (Figura 2).

Figura 2 – Isolamento absoluto.

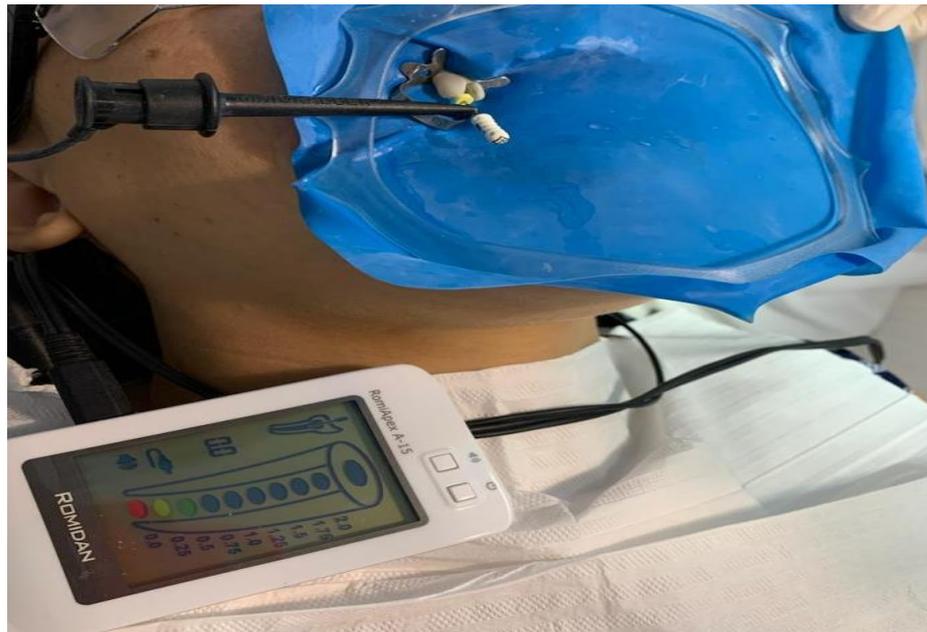


Fonte: Os autores (2024).

Utilizando o motor de alta rotação, com a ponta diamantada 1014, a restauração provisória foi removida e o acesso da câmara pulpar foi realizado. A forma de contorno e conveniência da cavidade foi determinado pela broca EndoZ. A exploração da câmara pulpar foi realizada com uma sonda de ponta reta. Após localizar todos os canais (canal vestibular e canal palatino) e delimitar o comprimento aparente de cada raiz na radiografia, fez-se a neutralização séptica dos condutos com clorexidina 2% e a penetração da limas Easy Prodesing M #25/06 em 15 mm e a lima #15/05 em 15 mm. Sempre irrigando com clorexina entre uma lima e outra.

Em seguida, realizou-se a odontometria com o auxílio do localizador eletrônico foraminal e a lima K File #15 (Figura 03). Foi determinado os seguintes valores na odontometria do dente 14: o conduto vestibular medindo 22,5 mm, tendo como referência a cúspide vestibular e o conduto palatino medindo 22,5 mm, tendo como referência a cúspide palatina. Definido o comprimento real dos condutos, realizou-se o cálculo para identificar qual seria o comprimento de trabalho de cada conduto. Foi 18 determinados que o conduto vestibular apresentava o comprimento de trabalho de 22 mm e o conduto palatino 22 mm.

Figura 3 – Odontometria eletrônica.



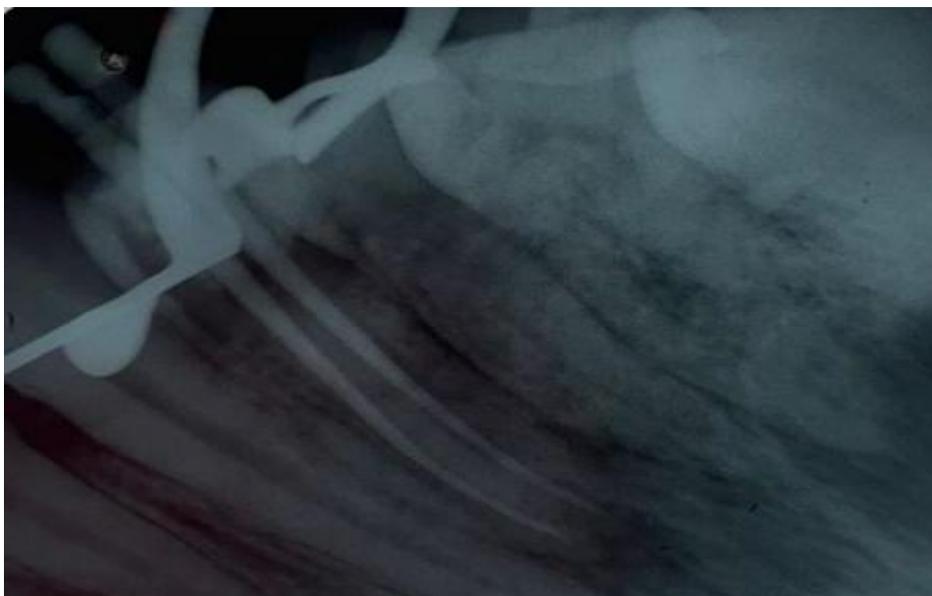
Fonte: Os autores (2024).

Logo após, foi dado início a instrumentação dos condutos. A primeira lima utilizada foi a Easy ProDesing M #25/06 em 22 mm, fazendo movimentos rotacionais. Ao sentir que estava ficando mais folgado, trocava-se de lima. É importante salientar que a cada troca de lima o conduto foi irrigado abundantemente com clorexidina 2%. Foi utilizado a Easy ProDesing M #15/05 em 22 mm, em seguida utilizou-se a lima Easy ProDesing M #25/01 em 22 mm. Ao terminar a instrumentação, ficou estabelecido que a lima memória (LM) era de diâmetro 30. Aplicou-se a medicação intracanal, uma pasta pré-fabricada com a mistura de soro fisiológico e hidróxido de cálcio PA, protegendo as embocaduras do conduto com uma bolinha de algodão estéril, realizando em seguida, a restauração provisória com ionômero de vidro (RIVA).

Na segunda sessão, removeu-se toda a restauração provisória e a medicação intracanal, com abundante irrigação com clorexidina 2% e LM no comprimento de trabalho. Foi realizado a radiografia periapical da prova do cone (Figura 04), utilizando cones de guta percha acessórios M que foram calibrados em régua calibradora endodôntica, conforme o diâmetro do batente apical e desinfetados em clorexidina 2%. Após este processo, irrigou-se EDTA por 3 minutos, em seguida, com soro fisiológico com o objetivo de se remover os restos de dentina. Posteriormente, foi utilizada a

clorexidina 2%, e por fim uma irrigação final com soro fisiológico em abundância e feito a radiografia da prova de cone (Figura 04).

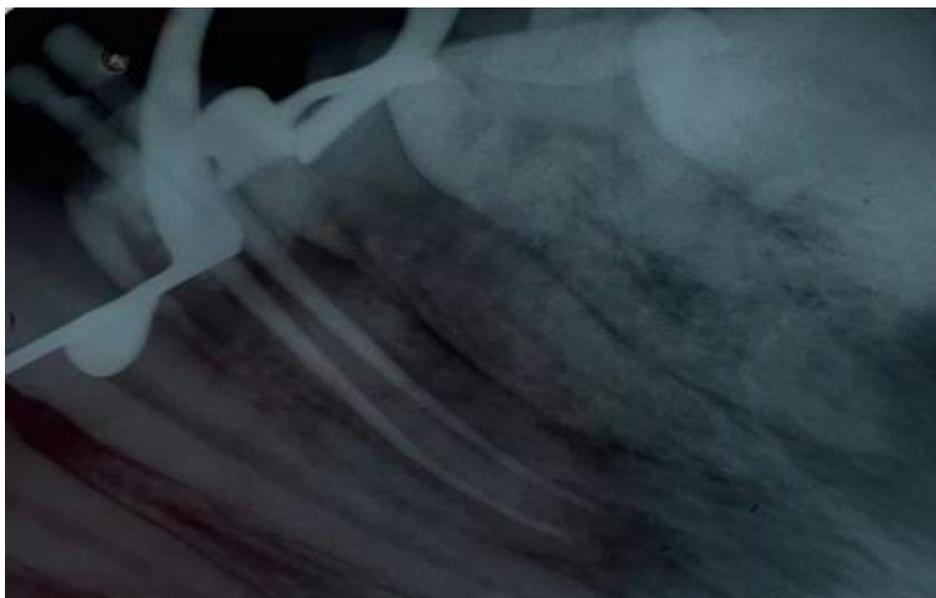
Figura 4 – Prova do cone.



Fonte: Os autores (2024).

Na sequência, foi realizado a secagem dos condutos com pontas de papéis estéreis e calibrados no comprimento de trabalho e LM. Os cones foram cimentados com cimento endodôntico a base de óxido de zinco e eugenol. Após a cimentação, foi realizada a técnica híbrida de Tigger, com condensadores, para compactação da gutta percha nos canais. Por fim, foi realizado a remoção do excesso de gutta percha com calcadores de Paiva aquecidos. Logo após, foi removido o excesso de cimento da câmara pulpar com cureta de haste longa, mini escova de Robson e bolinhas de algodão. Por fim, foi feita uma restauração provisória do dente com ionômero de vidro (RIVA), removido o isolamento absoluto, feito a radiografia final (Figura 05) e dada a orientação de que seria preciso ser feita restauração definitiva.

Figura 5 – Radiografia final.



Fonte: Os autores (2024).

DISCUSSÃO

A gravidez desencadeia uma série de mudanças na cavidade oral, juntamente com outras alterações fisiológicas e metabólicas no corpo feminino. Estudos relataram que 26% - 54% das mulheres grávidas apresentam problemas de saúde bucal que incluem cárie, hiperplasia gengival, gengivite, granulomas piogênicos e modificações salivares (NASEEM et al., 2016). No entanto, as mulheres grávidas enfrentam desafios adicionais para manter uma saúde oral ideal, como falta de conhecimento e valorização, experiências negativas prévias em saúde bucal, atitudes negativas em relação aos profissionais de saúde bucal e resistência por parte dos dentistas em fornecer tratamentos odontológicos durante a gestação, muitas vezes devido a suposições incorretas ou falta de experiência (GUIRADO; BENTO; MORANTE, 2021).

Na gestação, as mulheres enfrentam um maior risco de desenvolver cárie dentária, resultado de mudanças nos hábitos alimentares, na higiene bucal e na presença frequente de placa bacteriana e episódios de vômitos. Essa ocorrência de cárie durante a gravidez está associada ao aumento do ambiente ácido na cavidade oral, promovendo o avanço de patógenos cariogênicos e intensificando a desmineralização dos dentes, tornando-os mais suscetíveis à cárie (DE SOUZA et al., 2021).

A cárie é uma condição multifatorial complexa, caracterizada por um processo dinâmico influenciado por vários elementos, incluindo o hospedeiro, a dieta cariogênica e o biofilme dental. Ela é classificada em diferentes estágios de desenvolvimento (VEIGA et al., 2016). Na fase 1, observa-se o surgimento de manchas brancas no dente em ambiente seco. Na fase 2, essas manchas brancas também estão presentes, mas em um ambiente úmido. A fase 3 é caracterizada pelo aparecimento de microcavidades e zonas acastanhadas no dente. Na fase 4, há um sombreamento no esmalte, indicando a penetração da cárie até a dentina. Na fase 5, a cárie afeta metade da coroa do dente, enquanto na fase 6, já ultrapassou esse ponto. Nos casos mais avançados, nos quais a polpa dentária é afetada, o tratamento endodôntico torna-se necessário (COSTA et al., 2012).

Durante a gravidez, o tratamento endodôntico é essencial para o controle de doenças, manutenção de um ambiente bucal saudável e prevenção de possíveis complicações futuras para mãe e o bebê (ATHER et al., 2020). De acordo com Botelho et al., (2019), o segundo trimestre é considerado o período ideal para essa intervenção odontológica, pois nesse período a organogênese está completa e o feto está mais desenvolvido, além de proporcionar um maior conforto para a mãe quando comparado aos estágios iniciais e finais da gestação. Portanto, neste relato de caso, o tratamento endodôntico foi realizado no segundo trimestre da gestação para a maior segurança tanto da mãe quanto bebê.

A radiografia periapical não apenas serve como método de diagnóstico, mais também como indicador do sucesso do tratamento endodôntico. Estudos recentes têm demonstrado um baixo risco de exposição à radiação associado às radiografias periapicais. De acordo com Cengiz et al., (2007), quando realizadas com técnicas apropriadas e em casos justificados, a exposição à radiação ionizante por meio dessas radiografias apresenta um risco mínimo para o feto. A segurança está diretamente relacionada ao tipo e à quantidade de radiação a que os pacientes são expostos. É importante notar que uma exposição de 5 rads é necessária para representar um risco de má-formação ou aborto espontâneo, enquanto uma tomada radiográfica intrabucal equivale a apenas 0,01 milirads de radiação, uma quantidade menor do que a radiação cósmica diária adquirida naturalmente (MARTINELLI et al., 2020).

No exame radiográfico em gestantes, é essencial adotar medidas de proteção, como o uso de aventais de chumbo e a minimização da exposição à radiação, visando a segurança da mãe e do feto. Recomenda-se realizar o exame apenas quando necessário e seguindo diretrizes específicas, como proteger o abdômen, evitar repetições por erro técnico, utilizar filmes rápidos e evitar ângulos direcionados para o abdômen. É importante posicionar a paciente adequadamente na cadeira para evitar desconforto e complicações, evitando a posição supina após o sexto mês de gestação. Ao final do procedimento, a paciente deve permanecer sentada por alguns minutos antes de se levantar. Os profissionais de saúde devem avaliar criteriosamente a necessidade de radiografias, priorizando informações relevantes para o tratamento e minimizando a exposição à radiação. A conduta adotada foi realizar um menor número de radiografias, usando o colete de proteção com chumbo (ANUNCIACÃO; AZEVEDO; PEREIRA, 2023).

O uso localizado de anestésicos é considerado seguro quando administrado de maneira precisa e adequada. A gravidade dos efeitos no feto é determinada pela quantidade do anestésico local que atravessa a placenta. Essa quantidade não depende apenas da dose administrada, mas também do método de administração, do uso de vasoconstritores, da taxa metabólica e da meia-vida do anestésico na mãe, da ligação às proteínas fetais e maternas, e do pKa (constante de dissociação ácida) do anestésico local (PRADO et al., 2019).

Ao escolher anestésicos locais, o cirurgião dentista deve estar ciente das soluções disponíveis e de sua segurança. A classificação do FDA, desde 1979, organiza esses medicamentos em cinco categorias (A, B, C, D e X). Os da categoria A são considerados seguros, com estudos controlados em mulheres grávidas demonstrando baixo risco fetal. Categoria B indica segurança em estudos animais, mas sem evidência humana. Categoria C mostra efeitos adversos em animais, sem estudos humanos. Categoria D deve ser usado apenas se o risco superar o benefício, com evidências de risco fetal. Categoria X evidencia anomalias fetais em estudos animais e humanos, representando um risco maior que qualquer benefício (GOMES et al., 2019).

A articaína, bupivacaína, mepivacaína, benzocaína (tópica) e tetracaína (tópica) são categorizadas como classe C, enquanto a lidocaína e a prilocaína são classificadas como classe B. É relevante considerar que muitas gestantes desenvolvem anemia durante a gravidez, o que aumenta sua susceptibilidade a níveis elevados de

metaemoglobina e hipóxia fetal, assim, mesmo que a prilocaína seja considerada classe B, sua utilização deve ser evitada (GUIRADO; BENTO; MORANTE, 2021).

Portanto, é de suma importância para o atendimento de gestantes a escolha cuidadosa dos anestésicos, garantindo que os benefícios superem os riscos. De acordo com o estudo de Rodrigues et al., (2017), a opção mais indicada e segura é a lidocaína 2% com o vasoconstritor epinefrina, na concentração de 1:100.000. Assim, foi utilizada a anestesia infiltrativa com essa composição, reconhecida como a mais segura entre as disponíveis no mercado.

A utilização do localizador eletrônico tem se mostrado de suma importância durante o tratamento endodôntico em mulheres grávidas. Estudos como o de conforme Cengiz, (2007) enfatizam que a precisão proporcionada pelo localizador eletrônico minimiza a necessidade de radiografias repetidas, reduzindo a exposição à radiação ionizante para a mãe e o feto. Além disso, a utilização dessa tecnologia ajuda a evitar procedimentos invasivos e potencialmente desconfortáveis, como o aumento da frequência de anestésicos locais. A escolha de ferramentas que proporcionem uma abordagem menos agressiva e mais segura é essencial durante a gravidez, e o localizador eletrônico emerge como uma contribuição valiosa para a execução eficaz e segura do tratamento endodôntico (GUIMARÃES et al., 2014). Dessa forma, foi utilizado o localizador eletrônico, para facilitar o procedimento e torná-lo ainda mais seguro para a paciente.

Ao considerar à irrigação durante o tratamento endodôntico em gestantes, a escolha do agente é crucial. Tanto a clorexidina quanto o hipoclorito de sódio podem ser considerados. A preferência entre eles pode variar de acordo com a avaliação individual do profissional de saúde, levando em consideração a condição clínica da gestante e os potenciais riscos associados a cada substância. A clorexidina é frequentemente preferida devido ao seu menor potencial de toxicidade sistêmica e irritação tecidual. É fundamental que essa escolha seja fundamentada em pesquisas sólidas e esteja alinhada com as diretrizes de segurança durante a gravidez (BRITO; EVERTON; DE LIMA, 2022).

Capucho et al., (2003) realizaram um estudo comparativo, examinando a segurança de agentes irrigantes, como a clorexidina e o hipoclorito de sódio, em pacientes grávidas. A pesquisa demonstrou que ambos os irrigantes podem ser

utilizados com relativa segurança, caso sejam empregados em concentrações adequadas e sob supervisão clínica rigorosa. Assim, para a irrigação dos condutos, foi utilizado clorexidina 2%, por ter relativa segurança, caso seja colocado a quantidade adequada.

Estudos como o de Rodrigues; Santos e Almeida, (2019) ressaltam que substâncias de alto potencial citotóxico, como o tricresol, podem acarretar riscos ao desenvolvimento fetal e à saúde da mãe durante a gravidez. Portanto, é fundamental evitar o uso de medicações intracanal com propriedades tóxicas, e a escolha dos agentes terapêuticos deve ser orientada por pesquisas e evidências científicas confiáveis, visando à segurança tanto da gestante quanto do feto.

Em relação a medicação durante a gravidez, é crucial avaliar cuidadosamente os potenciais riscos e benefícios de qualquer substância terapêutica, especialmente durante os primeiros três meses. A maioria dos fármacos administrados durante a gestação atravessa a barreira placentária, expondo o feto aos seus efeitos farmacológicos e teratogênicos, uma vez que a placenta não é uma barreira eficaz para a maioria dos medicamentos. (RODRIGUES et. al., 2018).

Vasconcelos et al., (2012) apontaram o uso adequado de analgésicos não esteroides, como o paracetamol, como opções seguras durante a gravidez. A pesquisa enfatiza a eficácia do paracetamol na redução da dor, minimizando os riscos de efeitos adversos para a mãe e o feto. Dessa forma, profissionais de saúde devem considerar tais alternativas e embasar suas escolhas terapêuticas em evidências científicas sólidas. Quando se trata de antibióticos, é crucial que o cirurgião dentista pondere cuidadosamente os riscos e benefícios. A estreptomicina está associada à lesão do oitavo par craniano e pode causar defeitos esqueléticos no feto. Já as tetraciclina, se administradas até a segunda metade da gravidez, podem resultar em hipoplasia dos dentes e dos ossos do feto, afetando seu crescimento ósseo e causando coloração amarela permanente nos dentes, além de esmalte mais frágil e suscetível a cáries, bem como cataratas congênitas. Portanto, a Amoxicilina é considerada o antibiótico mais seguro (IBHAWOH; ENABULELE, 2015).

Ebrahim et al., (2014), afirmou por meio do seu estudo que a amoxicilina e o paracetamol são os medicamentos de escolha quando necessários, assim como a utilização da lidocaína com epinefrina nas anestésias locais. Assim, no relato não foi

necessário prescrever antibiótico para a paciente. Porém, caso fosse preciso, a medicação de escolha seria a amoxicilina ao comparar com outros medicamentos como, estreptomicina e as tetraciclina, a amoxicilina é a mais segura.

Portanto, no tratamento endodôntico, é crucial possuir conhecimento detalhado dos protocolos e seguir corretamente cada etapa, visando garantir um procedimento seguro e eficiente. Além disso, o manejo adequado é fundamental para proporcionar tranquilidade à paciente durante o atendimento. Estabelecer uma relação amigável entre dentista/paciente é essencial, permitindo a elaboração de um plano de tratamento que avalie cuidadosamente os riscos e benefícios dos procedimentos. Uma anamnese completa é imprescindível para compreender a saúde da gestação e identificar quaisquer alterações. Esse tipo de abordagem, além de ética, proporciona maior segurança à paciente (BARASUOL et al., 2016).

CONCLUSÃO

No presente caso clínico, pode-se demonstrar que o tratamento endodôntico em gestantes pode ser feito de forma segura e que não existem impedimento para o tratamento. Porém, o cirurgião dentista deve ter um bom conhecimento das técnicas, bom como das características de cada período da gestação, para realizar o procedimento seguramente sem afetar a condição da paciente.

Tendo sempre em mente qual anestésico e os medicamentos que podem ser usados. Se atentar, a proteção na hora das radiografias, colocando o colete de chumbo para proteger a mãe e o bebê, entre outros cuidados. E uma vez realizado o tratamento endodôntico, o foco de infecção foi exterminado e a saúde bucal restabelecida

REFERÊNCIAS

ANUNCIACÃO, B. H.; AZEVEDO, M. J.; PEREIRA, M. L. Knowledge, attitudes, and practices of prenatal care practitioners regarding oral health in pregnancy—A systematic review. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 2023.

ATHER et al. Pharmacotherapy during Pregnancy: An Endodontic Perspective. *J Endod.* 2020 Sep;46(9):1185-1194. doi: 10.1016/j.joen.2020.05.024. **Epub** 2020 Jun 23. PMID: 32590023.

BARASUOL, J. C. et al. Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 70, n. 1, p. 76-81, 2016.

BATISTA, Thálison Ramon de Moura, VASCONCELOS, Marcelo Gadelha e VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha. Fisiopatologia da cárie dentária: entendendo o processo cariioso. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 1, p. 169-187, 2020.

BOTELHO et al. **Odontologia E Geração: A Importância Do Pré-Natal Odontológico**. Sanare - Revista de Políticas Públicas. 18, 2019. <https://dx.doi.org/10.36925/sanarev18i2.1376>.

BRITO, Samuel Lucas Oliveira; EVERTON, Cerlijane Abreu; DE LIMA, Bárbara Izabel Gomes. A importância das soluções irrigadoras na endodontia uma comparação entre o hipoclorito de sódio e clorexidina. **Scire Salutis**, v. 12, n. 2, p. 229-237, 2022.

CAPUCHO, S. N. et al. Principais dúvidas dos cirurgiões-dentistas em relação à paciente gestante. **Revista Biociência**, v. 9, n. 3, p. 61-65, 2003.

CENGIZ, S. B. The pregnant patient: Considerations for dental management and drug use. **Quintessence International**, v. 38, n.3, p 133-142, 2007.

COSTA, S. M. et al. Modelos explicativos da cárie dentária: do organicista ao ecossistêmico. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 2, p. 285-291, 2012.

DE SOUZA, H. Y. M. S. et al. Atendimento odontológico as gestantes: revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e237101321293-e237101321293, 2021.

EBRAHIM et al. Tratamento odontológico em gestantes. **Science in Health** 5(1): 32-44, 2014.

GUIMARÃES et al. O uso dos localizadores foraminais na endodontia: revisão de literatura. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 23, n. 64, 2014.

GUIRADO, Maria Angélica Ferreira; BENTO, Victor Augusto Alves; MORANTE, Daniel Rodrigo Herrera. Tratamento endodôntico durante os períodos de gestação e amamentação: uma revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, p. e105101421876-e105101421876, 2021.

IBHAWOH, L.; ENABULELE, J. Endodontic treatment of the pregnant patient: Knowledge, attitude and practices of dental residents. **Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association**, v. 56, n. 5, p. 311, 2015.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Endodontia biologia e técnica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2015.

Lara Izadora Barbosa BARROS; Faculdade Paulo Picanço-FACPP; Ana Letícia Daniel FONTENELE; Rachel Brazuna SOLIDÔNIO; Francisbênia Alves SILVESTRE; Natalia Almeida MOTA; Francisco Nathizael Ribeiro GONÇALVES. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2024. FLUXO CONTÍNUO – FEVEREIRO-MARÇO. Ed. 49. Vol. 1. Págs. 144-159. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

MARTINELLI, K. G. et al. Fatores associados ao cuidado de saúde bucal durante a gravidez. **Arquivos em Odontologia**, v. 56, 2020.

MATSUBARA, ANA SILVÉRIO, and ALINE TIEME WATANABE DEMETRIO. "Atendimento odontológico às gestantes: revisão da literatura." **Uningá Review** 29.2 (2017).

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Aspectos da saúde geral e bucal de gestantes de alto risco: revisão da literatura. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 3, p. 223-230, 2017.

NASEEM, M., et. al. Oral health challenges in pregnant women: Recommendations for dental care professionals. **J Dent Res.**, v.7, n.1, p.138-146, 2016.

PEREIRA, C. V.; CARVALHO, J. C. Prevalência e eficácia dos tratamentos endodônticos realizados no Centro Universitário de Lavras, MG-uma análise etiológica e radiográfica. **Revista da Faculdade de Odontologia**, v. 13, n. 3, p. 36- 41, 2008.

PRADO, L. et al. Conduta de cirurgiões-dentistas no atendimento à paciente gestante. **Revista Científica da UNIFENAS**-ISSN: 2596-3481, v. 1, n. 3, 2019.

RODRIGUES, F. et al. Local anesthesia in pregnant women in contemporary dentistry. **Journal Health NPEPS**, v. 2, n. 1, p. 254-271, 2017.

RODRIGUES, L. G. et al. Pré-natal odontológico: assistência às gestantes na rede pública de atenção básica em saúde. **Arquivos em Odontologia**, v. 54, 2018.

RODRIGUES, M.; SANTOS, P.; ALMEIDA, J. Avaliação dos efeitos citotóxicos do otriclesol sobre células embrionárias humanas. **Revista de Odontologia Clínica**, v. 6, n. 3, p. 87-92, 2019.

VASCONCELOS, R. G. et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Revista brasileira de odontologia**, v. 69, n. 1, p. 120- 124, 2012.

VEIGA, Nélio Jorge et al. Dental caries: **A review. Journal of Dental and Oral Health**, v. 2, n. 5, p. 1-3, 2016.