

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

MAYARA DE ANDRADE MIRANDA

GESTÃO DE DOR E ANSIEDADE EM CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS

ALFENAS/MG

2025

MAYARA DE ANDRADE MIRANDA

GESTÃO DE DOR E ANSIEDADE EM CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS

Trabalho apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Cirurgia Oral.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Célio Mariano.
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Marina Reis Oliveira.

ALFENAS/MG

2025

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Miranda, Mayara de Andrade.

Gestão de dor e ansiedade em cirurgias odontológicas / Mayara de Andrade Miranda. - Alfenas, MG, 2025.

63 f. -

Orientador(a): Ronaldo Célio Mariano.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) -
Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2025.

Bibliografia.

1. DOR. 2. CIRURGIA BUCAL. 3. ANSIEDADE. I. Mariano, Ronaldo Célio,
orient. II. Título.

MAYARA DE ANDRADE MIRANDA

GESTÃO DE DOR E ANSIEDADE EM CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS

A Banca examinadora abaixo-assinada, aprova o trabalho apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas.

Área de concentração: Cirurgia Oral.

Aprovada em: 12 de novembro de 2025

Prof. Dr. Ronaldo Célio Mariano

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:



Documento assinado digitalmente

RONALDO CELIO MARIANO

Data: 27/11/2025 11:30:02-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra. Francisca Isabel Ruela

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Prof. Dra. Lísia Aparecida Costa Gonçalves

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Assinatura:

Dedico este trabalho a Deus, aos meus familiares, amigos e todos aqueles que me apoiaram e contribuíram para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me guiar e me abençoar todos os dias.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que trabalham duramente para que hoje eu e meus colegas possamos ter um horizonte amplo da área odontológica e acadêmica.

Ao meu orientador professor doutor Ronaldo Célio Mariano e coorientadora professora doutora Marina Reis Oliveira pelas suas correções, incentivos, dedicação, atenção, confiança e paciência.

A minha mãe Maria Aparecida de Andrade, a minha avó Ofelina Pereira Miranda (in memoriam) e a minha tia Adriana Pereira de Miranda Gomes por toda estrutura cheia de princípios, amor, felicidades e carinho.

As minhas irmãs Maria Clara Guedes e Maria Fernanda Guedes e familiares que sempre estiveram me dando apoio.

E a todos que de alguma forma participaram de parte desta etapa, o meu muito obrigada.

RESUMO

Exodontia de terceiro molar é uma das intervenções mais realizadas por cirurgiões-dentistas e a ansiedade torna-se presente em diversos casos, estando associada a intercorrências transoperatórias e pós-operatórias. Dor, edema e trismo são sintomatologias associadas ao pós-operatório de extrações de terceiros molares afetando o processo de recuperação do paciente. O presente trabalho buscou métodos para controlar as sintomatologias e evitar tais intercorrências, por meio de uma revisão de literatura integrativa. É de suma importância que o profissional saiba reconhecer, planejar e executar os procedimentos de forma segura e exitosa. Nesta etapa do trabalho foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os protocolos medicamentosos utilizados para extração de terceiros molares retidos que apresentaram controle da dor, edema e trismo, utilizando as palavras “dor”, “edema”, “trismo”, “extração de terceiros molares”, “dentes retidos” e “ansiedade”. A revisão da literatura mostra a necessidade do estabelecimento de um protocolo medicamentoso eficaz para controle da dor, edema e trismo dos pacientes submetidos às extrações de dentes retidos. A utilização de corticoides em doses curtas e administradas no pré-operatório parece contribuir para o controle do edema e da dor pós-operatória. O uso dos anti-inflamatórios não esteroidais mostrou melhores resultados no controle da dor pós-operatória. O trismo ainda não foi totalmente controlado no pós-operatório dessas cirurgias bucais, sugerindo outros métodos alternativos para o retorno da abertura bucal de forma mais precoce após as extrações dentárias.

Palavras-chave: dor; cirurgia bucal; ansiedade.

ABSTRACT

Extraction of third molars is one of the most commonly performed procedures by dentists, and anxiety is frequently present in many cases, being associated with intraoperative and postoperative complications. Pain, swelling, and trismus are symptoms commonly linked to the postoperative period following third molar extractions, affecting the patient's recovery process. The present study sought methods to control these symptoms and prevent such complications through an integrative literature review. It is of utmost importance that the professional is able to recognize, plan, and perform these procedures safely and successfully. At this stage of the study, a bibliographic review was conducted on drug protocols used for the extraction of impacted third molars that demonstrated effective control of pain, swelling, and trismus, using the words "pain," "swelling," "trismus," "third molar extraction," "impacted teeth," and "anxiety." The literature review highlights the need to establish an effective drug protocol for the control of pain, swelling, and trismus in patients undergoing impacted tooth extractions. The use of corticosteroids in short doses administered preoperatively appears to contribute to the control of postoperative swelling and pain. The use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs showed better results in the management of postoperative pain. Trismus, however, has not yet been fully controlled in the postoperative period of these oral surgeries, suggesting the need for alternative methods to promote earlier recovery of mouth opening after dental extractions.

Keywords: pain; oral surgery; anxiety.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise dos artigos incluídos nesta revisão de literatura

.....

32

LISTA DE SIGLAS

Cox-1	Ciclo-oxigenase-1
Cox-2	Ciclo-oxigenase-2
et al.	e outros
GABA	Ácido gama-aminobutírico
GABAa	Receptor GABA-A
LPS	Lipopolissacarídeo
mg	Miligrama
mL	Mililitro
PGE 2	Prostaglandina E2
TXB2	Tromboxana B2
Unifal	Universidade Federal de Alfenas
AINES	Anti-inflamatórios não esteroidais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO	15
2.1	OBJETIVOS GERAIS	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	METODOLOGIA	17
5	REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1	EXODONTIA EM TERCEIROS MOLARES.....	18
5.2	ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS NAS EXTRAÇÕES DENTÁRIAS	18
5.3	ANSIEDADE NAS EXTRAÇÕES DENTÁRIAS	27
6	DISCUSSÃO	42
6.1	ANALGESIA ANTI-INFLAMATÓRIA: AINES SELETIVOS VS. NÃO SELETIVOS	42
6.2	CORTICÓIDES: DOR X EDEMA X TRISMO	46
6.3	ANESTESIA LOCAL E ADJUVANTES	48
6.4	ANSIOLÍTICOS E SEDAÇÃO	49
6.5	COMBINAÇÕES FARMACOLÓGICAS	50
6.6	SEGURANÇA, COMORBIDADES E INDIVIDUALIZAÇÃO	50
6.6.1	PROTOCOLO PERSONALIZADO E COMBINADO	51
7	CONCLUSÃO	54
	REFERÊNCIAS	55

1. INTRODUÇÃO

A extração dos terceiros molares, popularmente conhecida como extração dos dentes sisos, é um procedimento odontológico comum, em nível ambulatorial, que pode causar considerável desconforto e dor pós-operatória. Apesar de tratar-se de uma extração dentária, as posições variadas dos terceiros molares no arco dental fazem com que os procedimentos cirúrgicos envolvidos para sua remoção possam desencadear complicações inflamatórias, álgicas e infecciosas. Devido a manipulação mais traumática dos tecidos ósseo, epitelial, conjuntivo e muscular, muitas vezes necessária durante essas extrações, desencadeiam-se processos inflamatórios geradores de desconfortos significativos para os pacientes no pós-operatório (Alves-Filho *et al.*, 2019; Abreu, 2022). A gestão eficaz da dor é essencial não apenas para o conforto do paciente, mas também para garantir uma recuperação rápida e sem complicações. Este texto explora as diversas abordagens utilizadas na gestão da dor associada à extração de sisos, utilizando métodos farmacológicos e não farmacológicos, bem como técnicas inovadoras que visam melhorar a experiência do paciente.

A anestesia local é a primeira linha de defesa contra a dor durante a cirurgia de extração de sisos. Os anestésicos locais, como lidocaína, prilocaína, articaína e bupivacaína são amplamente utilizados devido à sua eficácia e segurança. A escolha do anestésico depende de vários fatores, incluindo a duração esperada do procedimento e a condição médica do paciente. Diferentes técnicas de administração dos anestésicos locais, isoladas ou associadas, podem ser empregadas para propiciar o conforto do paciente durante a exodontia.

O emprego dos analgésicos e anti-inflamatórios sistêmicos é crucial para o controle da dor pós-operatória. Administrados desde o pré-operatório, têm o objetivo de reduzir ao máximo os desconfortos desencadeados pela manipulação dos tecidos na região do dente a ser extraído. Diferentes protocolos medicamentosos vêm sendo empregados para o alívio e controle dos sintomas pós-extrações dentárias (Klaudat *et al.*, 2021; Peixoto *et al.*, 2011; Albuquerque *et al.*, 2017). Mas o limiar de dor variado dos pacientes, associado à complexidade diversa de posicionamento dos dentes sisos nas arcadas dentárias têm dificultado obter o total controle dos sintomas pós-operatórios.

Assim, o controle das principais complicações desencadeadas pelas extrações dos terceiros molares tem sido motivo de publicações importantes para a área odontológica. Portanto, estratégias farmacológicas têm sido amplamente utilizadas para prevenir a dor pós-operatória e desconforto (Al-Sukhunn *et al.*, 2012; Costa *et al.*, 2015; Selimovic *et al.*, 2017), que inclui administração pré-operatória de corticosteróides e/ou anti-inflamatórios não esteroides (Mariano *et al.*, 2023).

A dexametasona, um corticosteroide prescrito desde a década de 1960 por seus potentes efeitos anti-inflamatórios e imunossupressores (Imran *et al.*, 2017), tem sido usado rotineiramente para reduzir a dor e o desconforto após extrações de terceiros molares (Neupert *et al.*, 1992; Mariano, 2000; Coura e Mariano, 2001; Silveira e Mariano, 2004; Reis *et al.*, 2008; Melo *et al.*, 2009; Imran *et al.*, 2017). O corticóide, por inibir a síntese da enzima fosfolipase A2, que reduz a liberação de ácido araquidônico nas células ao redor do foco inflamado, diminui a síntese de prostaglandinas e leucotrienos, além de diminuir a acumulação de neutrófilos, o que explica, pelo menos em parte, a maior potência dos corticosteróides em comparação com os anti-inflamatórios não esteróides (Montgomery *et al.*, 1990; Laureano-Filho *et al.*, 2008).

Os anti-inflamatórios não esteroidais são comumente prescritos no controle da dor e edema por suas propriedades analgésicas, antipiréticas e anti-inflamatórias (Derry, Wiffen, Moore, 2011; Neupert *et al.*, 1992). Derivados do ácido arilalcanóide, como o diclofenaco, e Oxicans, como Meloxicam foram empregados por Orozco-Solis *et al.* (2016) no controle de dor, edema e trismo decorrentes da extração de terceiros molares. Mariano *et al.* (2023), em comparação com o uso da dexametasona, utilizaram o etoricoxibe no controle da dor, edema e trismo nas cirurgias de terceiros molares. Esse último estudo, um ensaio duplo-cedo, boca dividida, randomizado, permitiu que os autores concluíssem que o etoricoxibe 120 mg foi mais eficaz no controle da dor pós-operatória do que a dexametasona 4 mg e que ambos os medicamentos foram comparáveis no controle do edema e do trismo.

Mesmo que os efeitos de corticosteróides e anti-inflamatórios não esteroidais tenham sido demonstrados em alguns estudos (Ustun *et al.*, 2003; Boonsiriseth *et al.*, 2012), Falci *et al.* (2017), analisando o emprego desses medicamentos na redução da dor, edema e trismo pós-operatórios, relataram não existir consenso na literatura sobre o protocolo medicamentoso mais eficaz para prevenir tais

desconfortos pós-operatórios decorrentes das cirurgias de terceiros molares inferiores.

Os estudos de Al-Sukhunn *et al.* (2012), Costa *et al.* (2015), Selimovic *et al.* (2017), Gaudereto *et al.* (2008) mostram que as extrações de terceiros molares podem se tornar um desafio devido aos riscos anatômicos, sistêmicos e psicológicos do paciente. E a ansiedade é frequentemente relatada em contextos de atendimento odontológico, manifestando-se como uma preocupação exacerbada em relação aos procedimentos realizados pelo cirurgião-dentista, o que pode desencadear respostas sistêmicas e psicológicas no paciente ansioso. É fundamental que o profissional conheça o paciente e implemente métodos para mitigar a ansiedade, evitando episódios de hiperventilação, taquicardia, sudorese, aumento da pressão arterial, choro e intenso medo durante o atendimento e pós atendimento. Em casos de extração de terceiros molares em pacientes ansiosos, pode ser empregado ansiolíticos para o controle da ansiedade e aumento do limiar de dor. É imperativo que o controle da dor, edema e trismo seja realizado, uma vez que está diretamente relacionado à diminuição da ansiedade e ao aumento do conforto do paciente. Na ausência desse controle, a dor pode resultar em estresse emocional, levando ao aumento da ansiedade, a qual, por sua vez, pode afetar a percepção e a tolerância à dor.

Dessa forma, o objetivo desta etapa da pesquisa é realizar revisão da literatura sobre protocolos medicamentosos associados ou não aos métodos não farmacológicos para que, em etapa futura, possa subsidiar a identificação de protocolos de abordagens combinadas e personalizadas para o estabelecimento do conforto dos pacientes submetidos às exodontias de terceiros molares retidos na clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, MG.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo do estudo é identificar, através da revisão integrativa, quais protocolos de abordagens combinadas e personalizadas poderiam ser aplicados para casos específicos, a partir do levantamento da casuística de extrações de dentes sisos da clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, MG.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os resultados de retorno da abertura bucal no período pós-operatório, quando os protocolos forem empregados.

Analisar os resultados de controle da dor e edema no período pós-operatório.

Analisar os resultados de controle de ansiedade.

3. JUSTIFICATIVA

Extrações de terceiros molares constituem uma média de 37% dos procedimentos executados anualmente por cirurgiões-dentistas (Kienalo *et al.*, 2021). Trismo, edema e dor são algumas das consequências mais comuns da exodontia de terceiros molares. Dor e inflamação pós-operatórias possuem correlação com limitação da abertura bucal, atividade funcional e amplitude muscular após a extração (Buesa-Bárez *et al.*, 2018). Diversos métodos para controle de tais complicações pós-operatórias foram executados, dentre eles, crioterapia, administração de corticosteróides, combinação de anti-inflamatórios esteróides e não esteróides, aplicação de laser em associação com anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos potencializados, ansiolíticos com ação miorelaxante.

No entanto, assim como há diversos métodos para o controle do trismo, do edema e da dor, pois existem diferentes protocolos e parâmetros que podem influenciar nos resultados clínicos, justifica-se a investigação de quais protocolos de abordagens combinadas e personalizadas poderiam ser aplicados para casos específicos de exodontias de terceiros molares retidos, pois é grande a demanda da clínica de Cirurgia da Unifal-MG relacionada aos tratamentos cirúrgicos de dentes retidos. Busca-se, portanto, identificar o protocolo mais eficaz e melhorar o desconforto pós-operatório nos momentos de reparo tecidual, trazendo menores interferências na qualidade de vida dos pacientes.

4. METODOLOGIA

A pesquisa bibliográfica para a realização do trabalho de conclusão de curso foi feita nas bases de dados PubMed e Scielo, utilizando as palavras “dor”, “edema”, “trismo”, “extração de terceiros molares”, “dentes retidos” e “ansiedade” e os operadores booleanos, and e or. Foram considerados artigos publicados no período de 1972 a 2024.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. EXODONTIA EM TERCEIROS MOLARES

A exodontia foi considerada durante muito tempo como um ato cirúrgico de pequena importância, sendo praticada por toda e qualquer pessoa que estivesse como predado principal, ou único, a força. Conseqüentemente ocorriam acidentes, desde os mais simples até os mais graves, com sérias complicações, resultantes da falta de cuidado e do conhecimento de técnicas aprimoradas, à fobia que os pacientes sentem até o dia de hoje pela extração dental (Marzola *et al.*, 2000).

A cirurgia de exodontia dos terceiros molares é o procedimento mais comumente realizado na especialidade de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. A remoção cirúrgica de terceiros molares pode resultar em uma série de complicações e acidentes, incluindo: dor; trismo; edema; sangramento; alveolite; fraturas dentoalveolares; injúrias periodontais a dentes adjacentes e/ou à ATM; parestesia temporária ou permanente; infecções abrangendo espaços fasciais; fratura óssea da tuberosidade maxilar e/ou da mandíbula; comunicações bucossinusais; deslocamento de dentes para regiões anatômicas nobres, entre outras decorrências (Jerjes *et al.*, 2006; Peterson *et al.*, 2005; Goldberg *et al.*, 1985).

De acordo com a literatura, dentre os acidentes e complicações mais comuns está a alteração temporária ou permanente da sensação ou perda de sensibilidade no lábio inferior, queixo, dentes e gengiva no lado operado, devido à lesão do nervo alveolar inferior (Pitros *et al.*, 2020).

Além dos riscos à saúde bucal, os terceiros molares podem prejudicar a qualidade de vida do paciente, levando a algumas restrições alimentares, dificuldade de mastigação, irritabilidade, ansiedade e insônia. As relações sociais cotidianas estão intimamente relacionadas à saúde e bem-estar dos pacientes (Perez, 2017).

5.2. ANTI-INFLAMATÓRIOS E ANALGÉSICOS NAS EXTRAÇÕES DENTÁRIAS

A potente ação anti-inflamatória inibe a vasodilatação e diminui os exsudatos celulares e depósitos de fibrina. A supressão da produção de substâncias vasoativas (prostaglandinas e leucotrienos) reduz o edema (Kim *et al.*, 2009).

Segundo Rabelo e Gomes (2022) o uso de corticosteroides e anti-inflamatórios não esteroidais no pré e pós-operatório tem se mostrado efetivo no controle de edema, dor e trismo. As análises revelaram a ação dos corticosteroides no pré-operatório

estendendo até o pós-operatório. Os anti-inflamatórios não esteroidais tem sua ação de analgesia e são utilizados no pós-operatório, embora, alguns estudos afirmarem sua eficácia no pré-operatório também.

As exodontias de terceiros molares inferiores retidos despertam interesse para a classe dos cirurgiões-dentistas por se tratar de um procedimento cirúrgico considerado complexo e desencadear no paciente uma série de complicações pós-operatórias. Em termos de demanda de extrações, os terceiros molares têm constituído um grupo dentário significativo pois frequentemente encontram-se impactados em função do comprimento inadequado do arco ósseo e pouco espaço para sua erupção. Os terceiros molares são os últimos dentes a erupcionarem, e por isso os que têm mais possibilidade de não encontrar espaço para a erupção (Peterson *et al.*, 2000).

De acordo com Papadopoulou *et al.* (2024), vários fatores locais e sistêmicos proporcionam dificuldades para o processo eruptivo dental. Síndromes como a disostose cleido-craniana têm como característica clínica a existência de dentes inclusos. Encontram-se dentes retidos associados ao raquitismo e progeria. A existência de patologias císticas e tumorais podem impedir o processo de erupção dentária.

Diante deste fato, Matos *et al.* (2017), mostra que a presença da retenção dos terceiros molares coloca-os em necessidade de remoção como parte do tratamento da patologia existente ou para evitar transtornos aos dentes adjacentes por íntimo contato com suas raízes, desenvolvendo alterações oclusais e reabsorções radiculares, evitar o aparecimento de infecções odontogênicas e processos álgicos. Assim, os terceiros molares tornam-se, dentre os dentes retidos os que mais são extraídos, pois os pré-molares e, principalmente os caninos, são dentes de extrema importância no arco dentário e medidas conservadoras, envolvendo tratamento cirúrgico-ortodôntico, geralmente são instituídas.

Os efeitos adversos da cirurgia do terceiro molar na qualidade de vida foram relatados como um aumento triplo em pacientes que apresentam dor, edema e trismo isoladamente ou em combinação, em comparação com aqueles assintomáticos. Muitos clínicos, por isso, enfatizaram a necessidade de melhor controle da dor, edema e trismo em pacientes que passam por cirurgia do terceiro molar (Osunde *et al.*, 2011).

O trismo pós-extração dental geralmente aparece como reflexo do trauma nos tecidos moles, gerador de um processo inflamatório que atinge os músculos da

mastigação. A limitação da abertura bucal associa-se também à sintomatologia dolorosa pois o paciente deixa de abrir a boca para evitar estímulos dolorosos. Mas tanto o trismo como a dor, em cirurgia de terceiros molares, estão diretamente proporcionais ao edema. Desta forma, em pacientes com mínimo edema, a dor e o trismo serão proporcionalmente diminuídos (Keller e Messer, 1975).

A dor pós-operatória é geralmente controlada por analgésicos centrais ou periféricos, associados ou não a outros agentes que têm propriedades anti-inflamatórias (Seymour e Walton, 1984). Várias drogas têm sido pesquisadas no controle analgésico pós-operatório de extração de terceiros molares. Drogas como a aspirina, dipirona, piroxicam, paracetamol, tramadol, ibuprofeno, diflunizal, zomepirac promovem satisfatória analgesia pós-extração dental (Ferreira, 1972; Seymour e Rawlins, 1982; Dionne *et al.*, 1984; Beaver, 1981; Brown *et al.*, 1990; Campbell, 1990; Ahlstrom *et al.*, 1993; McQuay *et al.*, 1993; Almeida *et al.*, 1991; Tortamano, 1995). Algumas destas drogas garantem melhor efeito analgésico quando estão associadas a outras substâncias, como no caso do paracetamol (Dionne *et al.*, 1984; Seymour e Walton, 1984; Brown *et al.*, 1990).

Moraes e Mariano (1997) compararam a eficácia de dois analgésicos, tramadol 100 mg e ibuprofeno 600 mg, no controle da dor após a extração de terceiros molares inferiores inclusos. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na analgesia proporcionada pelo ibuprofeno ou tramadol, embora tenha sido registrada uma analgesia ligeiramente superior com o uso do ibuprofeno, especialmente no segundo dia pós-operatório. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa no controle da limitação da abertura bucal entre os grupos que utilizaram ibuprofeno ou tramadol nas doses analisadas. No entanto, foi observado um maior edema nos pacientes do grupo tramadol, com um nível de significância de 5%, tanto nas medições realizadas com arco facial adaptado quanto nas medidas lineares segundo pontos de referência na face. Os pacientes do grupo tramadol também apresentaram um número maior de reações adversas.

No estudo de Neves *et al.* (2002), foi comparada a eficácia de duas substâncias com ação analgésica e miorrelaxante: maleato de flupirtina 100 mg e rofecoxibe 25 mg, em relação aos aspectos de dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores, administradas no pré-operatório e/ou pós-operatório. Ambos os protocolos mostraram eficazes no controle da dor e do edema. A busca por protocolos medicamentoso adicionais deve continuar visando desenvolver estratégias para o

manejo pós-operatório das extrações de dentes retidos, de forma a minimizar as limitações funcionais da mandíbula e proporcionar um melhor conforto aos pacientes após cirurgias bucais.

Huffman (1977), Almeida *et al.* (1991), Coura e Mariano (2000), Piccirillo e Mariano (2001) avaliaram a redução do trismo, da dor e do aumento de volume facial após o uso de esteróides em exodontias. Os corticosteróides são substâncias hormonais, naturais ou sintéticas, dotadas de ações biológicas em praticamente todos os setores da economia orgânica. Esses hormônios, com atividade predominantemente glicocorticóide, têm sido utilizados largamente na terapêutica, pois são potentes anti-inflamatórios. Inúmeros mecanismos estão envolvidos na supressão da inflamação pelos glicocorticóides. Como consequência, existe liberação diminuída de fatores vasoativos e quimiotáticos, secreção diminuída de enzimas lipolíticas e proteolíticas (estabilização da membrana lisossomal), extravasamento de leucócito diminuído nas áreas da lesão e, por fim, fibrose diminuída. O efeito global destas ações sobre os vários tipos de células é a diminuição acentuada da resposta inflamatória (Hardman, 1996). Os efeitos colaterais surgem principalmente nos tratamentos sistêmicos de longa duração, o que não se aplica para a cirurgia dos terceiros molares (Andrade, 2000).

Neupert *et al.* (1992), em um estudo com dexametasona, concluíram que não houve aumento das complicações com o uso de esteróides e que apenas 13% dos pacientes necessitaram de analgesia adicional. Este trabalho evidenciou que a dor pós-extração de terceiros molares retidos é de origem inflamatória. Os anti-inflamatórios não-esteróides também têm sido empregados no controle da dor, edema e trismo pós-exodônticos.

O analgésico anti-inflamatório Nimesulida (4-nitro-2'-fenoximetanossul-fanilida) já estava disponível antes da descoberta das isoformas Cox-1 e Cox-2 e seu mecanismo exato de ação era totalmente desconhecido desde que nenhuma inibição notória de síntese de prostaglandina fisiológica foi descoberta. Demonstrou-se recentemente que o Nimesulida inibe seletivamente a Cox-2, respeitando a isoforma Cox-1. Neutraliza a formação de radicais livres de oxigênio produzidos durante os processos inflamatórios por numerosos tipos de células, incluindo granulócitos, neutrófilos e macrófagos (Silva e Mariano, 2002).

Zardo *et al.* (2004) investigaram o efeito de 100 mg de nimesulida administrados no pré-operatório de extrações de terceiros molares inferiores inclusos.

Os resultados indicaram que o controle da dor proporcionado por 100 mg de nimesulida não foi eficaz em comparação ao placebo, sendo que a necessidade de analgésico de resgate foi maior no grupo que recebeu nimesulida nos segundo e terceiro dias após a extração dentária.

Mariano e Vicentin (1998) avaliaram a eficácia do Meloxicam e Diclofenaco Potássico após a extração de terceiros molares inferiores, bilateralmente retidos. Os autores conseguiram demonstrar redução estatisticamente significativa na sintomatologia dolorosa e no edema em 48 horas, com doses terapêuticas dos dois fármacos, mas os efeitos antiedematosos e analgésicos não fizeram retornar aos dados registrados no pré-operatório.

Coura e Mariano (1999) observaram redução eficaz da dor e edema pós-extração de terceiros molares inferiores retidos com a administração de clonixinato de lisina ou dipirona potencializada (Lisador®), associados à betametasona. Os autores verificaram uma semelhança estatística entre a quantificação da dor e edema no pré e pós-operatórios de 72 horas; isto é, os pacientes operados apresentaram até 72 horas após a cirurgia, dados de dor e edema semelhantes aos registrados antes da cirurgia.

No entanto, novos fármacos analgésicos/anti-inflamatórios têm sido desenvolvidos com o objetivo de identificar sua potência analgésica/anti-inflamatória e menores efeitos colaterais.

O etoricoxibe (Arcoxia®, Merck Sharp e Dohme), trata-se de um fármaco analgésico/anti-inflamatório que faz parte de uma classe relativamente nova de medicamentos que inibem especificamente a Cox-2, conhecida como os Coxibs (Vane e Botting, 1998).

Têm sido usados testes de sangue total humano in vitro - o mais rigoroso e significativo índice de seletividade para a Cox - para comparar a seletividade do etoricoxibe e de outros Coxibs para a Cox-2 (Brideau *et al.*, 1996; Riendeau *et al.*, 2001). Esses testes avaliam o efeito inibidor dos medicamentos nas prostaglandinas produzidas pela ação da Cox-1 e da Cox-2 no ácido araquidônico e medem a seletividade para a Cox sob condições fisiológicas que permitem a ligação às proteínas plasmáticas.

Brideau *et al.* (1996), Silva e Mariano(2002) avaliaram que a atividade da Cox-2 é determinada pela medição da produção de PGE2 no sangue total humano incubado durante 24 horas com lipopolissacarídeo, o que normalmente induz PGE2,

o bloqueio da PGE2 é um marcador da inibição da Cox-2. A atividade da Cox-1 é determinada por meio da medição das concentrações de TXB2 no sangue total coagulado, a produção de TXB2 pelas plaquetas é mediada pela Cox-1 e a formação reduzida de TXB2 durante a coagulação indica inibição da Cox-1. A seletividade para a Cox é expressa caracteristicamente como a concentração do medicamento necessária para inibir 50% (CI50) da atividade da enzima, a razão entre a CI50 necessária para inibir a Cox-1 e aquela necessária para inibir a Cox-2 resulta em um índice de seletividade, no qual uma alta taxa indica maior seletividade para a Cox-2.

A seletividade para a Cox-2 do etoricoxibe, valdecoxibe, rofecoxibe, celecoxibe, diclofenaco e meloxicam foram comparadas em um estudo *in vitro* realizado por Riendeau *et al.* (2001), que determinaram a CI50 para a produção de PGE2 induzida por LPS e para a geração de TXB2 no soro. Observaram que o etoricoxibe foi 100 vezes mais seletivo para a Cox-2 do que para a Cox-1, o rofecoxibe foi 35 vezes, o valdecoxibe foi 30 vezes, celecoxibe foi 7,6 vezes, o diclofenaco foi 3 vezes e o meloxicam foi 2 vezes mais seletivo para a Cox-2 do que para a Cox-1. Concluíram que a seletividade do etoricoxibe para a Cox-2 nesses testes foi superior à de qualquer outro medicamento testado.

Com o interesse de investigar as alterações gastrointestinais que poderiam ocorrer quando se faz uso prolongado de medicamentos analgésicos/anti-inflamatórios que interferem na proteção da mucosa gástrica, Hunt *et al.* (2003) avaliaram a incidência de úlceras gastrointestinais em pacientes portadores de osteoartrite, artrite reumatóide e pacientes com dores lombares, quando fizeram uso de 60 mg, 90 mg e 120 mg de etoricoxibe comparados com 2400 mg de ibuprofeno. Foi realizado análise de endoscopia gastrointestinal. Observaram endoscopicamente redução de incidências de úlceras quando foi utilizado 120 mg de etoricoxibe; eventos como perfuração e episódios de sangramento no duodeno foram reduzidos em 50% naqueles pacientes que fizeram uso de 120 mg de etoricoxibe.

Os resultados encontrados por Hunt *et al.* (2003) podem ser explicados a partir das importantes observações encontrados por Riendeau *et al.* (2001), comprovando a alta seletividade do etoricoxibe pela isoforma da Cox-2.

Um estudo duplo-cego, randômico e de grupos paralelos comparou doses únicas de 60 mg, 120 mg, 180 mg e 240 mg de etoricoxibe a 400 mg de ibuprofeno e placebo em 398 pacientes com dor moderada a intensa após remoção de dois ou mais terceiros molares, dos quais pelo menos um estava incluso no osso. Cada dose de

etoricoxibe foi superior ao placebo em todos os parâmetros de analgesia. A dose mais baixa que proporcionou efeitos analgésicos máximos foi a de 120 mg; ou não foi observado nenhum benefício adicional com 180mg ou 240mg de etoricoxibe. O tempo médio até o início do alívio da dor foi de 24 minutos em pelo menos 50% dos pacientes que receberam 120mg de etoricoxibe e a duração do efeito em pelo menos 72% dos pacientes tratados com essa mesma dose foi significativamente mais longa em comparação com o ibuprofeno ($p < 0,001$). Os efeitos analgésicos globais e máximos observados com 120mg de etoricoxibe (ou doses maiores do etoricoxibe) foram similares aos do ibuprofeno (Malmstrom *et al.*, 2004).

Em outro estudo duplo-cego, randômico, de dose única e de grupos paralelos comparou 120 mg de etoricoxibe com placebo, 550 mg de naproxeno sódico e 600mg/60mg de acetaminofeno/codeína em 201 pacientes com dor moderada a intensa após remoção cirúrgica de dois ou mais terceiros molares, dos quais pelo menos um estava incluso no osso. Em comparação com o placebo, a dose de 120mg de etoricoxibe administrada uma vez ao dia demonstrou eficácia analgésica significativamente maior no efeito analgésico global. Em uma avaliação global do tratamento, 82% dos pacientes tratados com 120 mg de etoricoxibe classificaram o alívio da dor que sentiam como bom a excelente em comparação com 84% e 48% dos pacientes tratados com 550 mg de naproxeno sódico e 600 mg/60 mg de acetaminofeno/codeína, respectivamente. O tempo médio de uso do analgésico-socorro foi superior a 24 horas quando foi utilizado 120 mg de etoricoxibe em comparação com aproximadamente 21 horas quando 550 mg de naproxeno sódico foi administrado, e 4 horas quando 600 mg/60 mg de acetaminofeno/codeína foi usado (Malmstrom *et al.*, 2004).

Coura e Mariano (1999) realizaram uma comparação entre a betametasona em dose de 4 mg associada à dipirona potencializada e a betametasona associada ao clonixinato de lisina no controle da dor, edema e trismo após a extração de terceiros molares inferiores inclusos. O consumo de analgésicos de resgate foi maior no grupo que recebeu a associação de betametasona com clonixinato de lisina. Os registros de dor pós-operatória não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados. O controle do edema, avaliado por meio das medidas de Neupert, foi menos eficaz no grupo que recebeu clonixinato de lisina, embora também não tenha apresentado diferenças estatísticas em relação ao edema medido pelo arco

facial modificado. As associações medicamentosas de ambos os grupos não demonstraram um controle eficaz do trismo.

Em conformidade com Mariano *et al.* (2023), o uso de Etoricoxibe 120 mg tem o melhor controle da dor, sua investigação mostrou que o grupo que tomou dexametasona 4 mg utilizou mais medicamento resgate para tratar a dor do que o grupo que tomou etoricoxibe 120 mg. Ambos os fármacos tiveram níveis semelhantes em controle de trismo e edema. Os resultados sugeriram a eficácia do uso de anti-inflamatórios em extrações de molares impactados, reduzindo o desconforto pós-operatório.

Segundo Silveira e Mariano (2004), foi comparado o efeito de 8 mg de dexametasona e 20 mg de tenoxicam no controle da dor, edema e trismo após a extração de terceiros molares inferiores inclusos. Os resultados indicaram que não houve diferenças estatísticas significativas no controle da dor nos períodos de 24, 48 e 72 horas; no entanto, a média de consumo de analgésicos de resgate foi maior no grupo que recebeu tenoxicam. Adicionalmente, a medida facial do ângulo mandibularmento foi maior no grupo tenoxicam, e o edema, quantificado pelo arco facial modificado, mostrou-se mais persistente nesse mesmo grupo. Não foram observadas diferenças estatísticas na avaliação da distância interincisal no pós-operatório das extrações.

O estudo de Singh *et al.* (2023), revela que a dexametasona tem uma vantagem significativa na redução do trismo pós-operatório, mas não teve nenhuma diferença significativa em comparação com a metilprednisolona administrada de forma semelhante na redução da dor e do inchaço pós-operatórios após cirurgia de terceiro molar.

Melo *et al.* (2009) evidenciaram, em um estudo que incluiu um grupo placebo, 100 mg de nimesulida, 125 mg de clonixinato de lisina ou 4 mg de betametasona foram analisados após a extração de terceiros molares inferiores retidos. Não foram observadas diferenças estatísticas no controle da dor entre os grupos de medicamentos testados, sendo que o maior consumo de analgésicos de resgate ocorreu no grupo que recebeu placebo. O grupo que utilizou betametasona apresentou o menor edema, conforme registrado pelos métodos de quantificação (medidas lineares de Neupert e arco facial adaptado). O controle do trismo não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Pimenta e Mariano (2002) investigaram a eficácia do ibuprofeno-arginina na ação antiálgica e seus efeitos sobre o edema e o trismo após a extração de terceiros molares inferiores, em comparação à ação do rofecoxibe. Os autores concluíram que o protocolo do ibuprofeno-arginina proporcionou melhor conforto pós-operatório nos aspectos de dor, edema e trismo. Assim, o ibuprofeno-arginina se configura como um bom substituto para o rofecoxibe.

Os estudos realizados por Silva e Mariano (2002) compararam a eficácia do loxoprofeno sódico e do rofecoxibe no alívio da dor, na redução do edema e do trismo pós-operatório decorrentes da extração de terceiros molares inferiores inclusos. Os resultados demonstraram que as médias de dor avaliadas pela Escala Visual Analógica foram ligeiramente menores no grupo que recebeu rofecoxibe (0,7786 cm) em comparação ao grupo loxoprofeno (1,2821 cm), embora essas diferenças não tenham sido estatisticamente significativas. Observou-se, ainda, um menor consumo de analgésicos de resgate no grupo tratado com rofecoxibe, além de uma redução do edema quantificada pelas medidas lineares de Neupert (8,6607 cm) para o grupo rofecoxibe e (8,8212 cm) para o grupo loxoprofeno. Além disso, ambos os grupos apresentaram médias semelhantes de abertura bucal (4,59 cm) no grupo loxoprofeno e (4,37 cm) no grupo rofecoxibe, com reduções percentuais de 21,16% e 19,41%, respectivamente.

Reis *et al.* (2008) realizaram um estudo comparativo entre 8 mg de dexametasona, 25 mg de rofecoxibe, 15 mg de meloxicam e 50 mg de diclofenaco potássico, administrados de forma cega no pré-operatório de extrações de terceiros molares, visando avaliar o controle da dor, edema e trismo. A avaliação da dor por meio da Escala Visual Analógica revelou diferenças estatísticas significativas entre o grupo que recebeu dexametasona e os demais anti-inflamatórios, indicando um aumento considerável no consumo de analgésicos de resgate nos grupos meloxicam e diclofenaco potássico. A quantificação do edema, expressa pela medida do ângulo mandibular-comissura labial, foi estatisticamente menor no grupo dexametasona, seguido pelo rofecoxibe, enquanto o grupo diclofenaco potássico apresentou a menor eficácia na redução do edema. A redução da distância interincisal no período de 72 horas não apresentou diferenças significativas entre os grupos avaliados.

Feltran e Mariano (2001) demonstraram que a utilização de betametasona em dose de 4 mg e paracetamol (Tylenol 750 mg) no pré-operatório proporcionou um controle adequado da dor e do edema após a extração de terceiros molares inferiores

retidos. Além disso, quando a limpeza do dorso da língua foi realizada tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório de três dias, observou-se uma redução estatisticamente significativa na dor e no edema, bem como na incidência de alveolite.

A investigação dos efeitos de fármacos analgésicos/anti-inflamatórios é sempre válida para criar possibilidades de controle da dor, edema e trismo relacionados às exodontias traumáticas, permitindo o precoce retorno do paciente às suas funções básicas: mastigação e fonação (Feltran e Mariano, 2001).

5.3 ANSIEDADE NAS EXTRAÇÕES DENTÁRIAS

“Ir ao dentista” foi considerado o segundo entre os medos e temores mais frequentes da população. O motivo do medo pode estar associado a vários fatores, dentre eles: “tratamento doloroso”, “broca”, ignorância sobre o que irá acontecer, “injeção”, etc (Teixeira e Quesada, 2004).

A ansiedade é uma reação diante de uma situação desconhecida, uma resposta emocional que gera preocupação com algo incerto. Quando o sentimento de ansiedade ocorre frente a tratamentos odontológicos, recebe o nome de ansiedade odontológica. Apesar do avanço tecnológico, a ansiedade aparece frente ao barulho da caneta de autorrotação, anestesia ou ainda do barulho do motor de implante nas cirurgias invasivas de implante dentário. A ansiedade odontológica desencadeia respostas no sistema fisiológico e psicológico do paciente, ocorrendo mudanças no sistema respiratório, aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, aumento da mobilidade intestinal entre outros sintomas (Barasuol *et al.*, 2016).

A dor e a ansiedade estão diretamente relacionadas. Diante da ansiedade, a dor fica mais difícil de ser controlada, pois seu limiar está diminuído, podendo daí surgir estresse. Vários meios estão disponíveis para controlar a ansiedade ou o estresse durante a visita ao dentista. Quando o cirurgião-dentista usa um desses meios para controle da ansiedade, além de aumentar o limiar de dor do paciente, também estará prevenindo complicações gerais como desmaio, alterações de pressão arterial, glicemia, dentre outras. Em Odontologia deve-se cuidar simultaneamente da dor e da ansiedade (Gaudereto *et al.*, 2008).

De acordo com Tostes Frazão (2020), na clínica odontológica, os benzodiazepínicos são os ansiolíticos mais empregados para se obter a sedação mínima por via oral devido à sua reconhecida eficácia, boa margem de segurança clínica e facilidade posológica.

Os benzodiazepínicos atuam nos receptores GABA (receptores de neurotransmissores inibitórios do sistema nervoso central) ligando-se a um local específico e distinto do ponto de ligação do ácido gama-aminobutírico (GABA). Dessa forma, os benzodiazepínicos não ativam os receptores GABA diretamente, mas atuam de maneira alostérica realçando os efeitos do GABA. E, por consequência, os principais efeitos dos benzodiazepínicos são sedação, hipnose, redução da ansiedade, relaxamento muscular, amnésia anterógrada e atividade anticonvulsivante (Brunton et al., 2012). Quando o receptor GABA_A é ativado, aumenta a frequência de abertura dos canais de cloreto, aumentando a entrada deste íon na célula nervosa, gerando, assim, um estado de hiperpolarização na membrana celular que reduz a transmissão de impulsos (Andrade, 2006; Ranali *et al.*, 2005).

De outra forma, pode-se dizer que o GABA age como se fosse um “ansiolítico natural ou fisiológico”, controlando as reações somáticas e psíquicas aos estímulos geradores de ansiedade, como acontece na clínica odontológica (Andrade, 2014).

Os estudos realizados por Costa *et al.* (2004) evidenciam que a utilização inadequada de benzodiazepínicos é elevada, em decorrência do baixo conhecimento dos profissionais e da escassa aplicação desses fármacos em consultórios e instituições de ensino.

Os efeitos colaterais dessas drogas são de baixa ocorrência. Os mais comuns são: sonolência, ataxia (falta de coordenação dos movimentos podendo afetar o equilíbrio de uma pessoa), confusão mental, visão dupla, cefaléia, além da possibilidade de dependência física e psíquica quando administrado por tempo prolongado. Entretanto, quando administrado de forma segura, traz algumas vantagens como: redução do fluxo salivar e reflexo de vômito, indução do sono e relaxamento do paciente promovendo bem estar durante o procedimento (Álvarez e Álvarez, 2006; Ranali *et al.*, 2005).

O diazepam é um dos benzodiazepínicos mais utilizados na odontologia, de acordo com Andrade (2000). Esse fármaco, por via endovenosa, é prescrito na dose de 0,3 a 0,5 mg/kg (DEF –2005/06). Por via oral é prescrito na dose usual de 5 a 10 mg para sedação leve, cerca de uma hora antes do procedimento, com início de ação dentro de 30-45 minutos após administração oral e um a dois minutos após administração intravenosa, apresentando uma duração de ação de pelo menos quatro a seis horas (Ranali *et al.*, 2005). Para crianças, a dose varia entre 0,2 a 0,5 mg/kg de peso corporal. O uso do diazepam em pacientes pediátricos deve ser feito de forma

bem cautelosa devido à sua meia vida longa, o que nessa classe de pacientes podem causar reações paradoxais (Rang *et al.*, 2004).

O lorazepam é um benzodizepínico de ação intermediária e mais lipossolúvel, quando comparado ao diazepam. Não apresenta metabólitos ativos, porém sua indução é lenta e apresenta duração de 10 a 20 horas. É utilizado nas doses de 1 a 2 mg para pacientes adultos (Álvarez e Álvarez, 2006; Ranali *et al.*, 2005). Pode ser usado também em pacientes idosos em doses de 1 mg a 4 mg dependendo do paciente, e atinge concentrações plasmáticas em 1 a 2 horas após sua administração (Donaldson *et al.*, 2007).

O alprazolam é utilizado em casos mais graves, como ansiedade generalizada e na síndrome do pânico. Suas concentrações plasmáticas são obtidas 1 a 2 horas após sua administração, e excretados dentro de 12 a 15 horas. No tratamento da ansiedade, as doses empregadas são de 0,5 a 0,75 mg. O alprazolam ainda não foi suficientemente testado para tratamentos odontológicos por causar efeitos adversos sendo, assim, pequeno o número de ensaios clínicos, o que apresenta ainda pontos conflitantes no uso (Cogo *et al.*, 2006).

Conforme mencionado por Alves *et al.* (2013), foi administrada uma dose de 2 mg de lorazepam em pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores, resultando em registros de níveis 0 e 1 na escala CGI, tanto na autoavaliação quanto na avaliação realizada pelo profissional. Em pacientes submetidos ao mesmo procedimento que utilizaram 0,5 mg de alprazolam, foram registrados níveis 0, 1 e 2 na escala CGI, o que sugere que o alprazolam é menos eficaz no controle da ansiedade.

O midazolam, atualmente é mais utilizado que o diazepam em procedimentos curtos. O que restringe sua utilização, com frequência, é seu alto custo. É administrado por via oral, intramuscular, intravenosa, sublingual, intranasal e retal. É sintetizado pelo sistema oxidases do citocromo, razão pela qual se deve tomar cuidado com interações por uso concomitante de outros medicamentos. Por via oral pode ser utilizado em doses de 7,5 a 15 mg, trinta minutos antes do procedimento (Cogo *et al.*, 2004; Franco *et al.*, 2007; Ranali *et al.*, 2005; Rang *et al.*, 2004). Ele pode produzir amnésia anterógrada, que é considerada como a falta de lembrança de eventos ocorrendo a partir do momento da administração de um medicamento. Esse efeito amnésico parece ser independente da qualidade da sedação e em geral persiste por

20 a 30 minutos, além disso demonstrou ser mais frequente do que o observado com o Diazepam (Alzahrani e Wyne, 2012).

Triazolam é utilizado no tratamento de curto prazo para insônia. Seu rápido início de ação e curta duração fazem com que seja também utilizado em procedimentos odontológicos. Sua ação inicia-se dentro de trinta minutos, perdurando por duas a três horas (Ranali *et al.*, 2005). É metabolizado pelo sistema oxidase do citocromo p450. Deve-se tomar cuidado com interações por uso concomitante de outros medicamentos que utilizam a mesma via de metabolização. A dose habitual para sedação varia de 0,125 a 0,5 mg por via oral (Donaldson *et al.*, 2007). Em pacientes idosos a dosagem segura é de 0,125 mg por via oral ou sublingual (Cogo *et al.*, 2006).

A escolha do ansiolítico ideal para cada paciente deve ser feita de forma que apresente rápido início de ação e rápida recuperação sem causar efeitos clínicos indesejáveis, além de promover uma tranquilidade durante o tratamento (Cogo *et al.*, 2006). A Tabela 1 mostra a análise dos artigos incluídos nesta revisão de literatura.

Tabela 1: Análise dos artigos incluídos nesta revisão de literatura.

AUTORES, ANO	TÍTULO	OBJETIVOS	CONCLUSÕES
Almeida, 1991	Estudo comparativo de duas soluções anestésicas associadas à betametasona, no controle da dor decorrente da remoção de terceiros molares mandibulares inclusos.	Avaliação da eficácia da administração pré-anestésica de betametasona associada a duas preparações anestésicas distintas - bupivacaína 0,5% com adrenalina 1:200.000 ou prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL, no controle da dor pós-operatória decorrente da remoção de terceiros molares inferiores inclusos.	Ambos os protocolos testados neste ensaio clínico promovem um controle adequado da dor pós-operatória decorrente desta intervenção cirúrgica odontológica. A administração de betametasona 4 mg, em dose única, por via oral, como medicação pré-anestésica, 1 hora antes do procedimento cirúrgico, aliado ao uso da bupivacaína 0,5% com adrenalina 1:200.000, como solução anestésica local, promove um controle mais efetivo da dor inflamatória aguda, nas primeiras 24 horas pós-operatórias, se comparado ao protocolo que utiliza o corticosteroide nas mesmas condições, porém empregando-se como solução anestésica local a prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL.
Alves <i>et al.</i> , 2013	Estudo comparativo da eficácia do controle da ansiedade em cirurgias de terceiros molares com o uso de alprazolam e lorazepam.	Comparar a eficácia de dois benzodiazepínicos, alprazolam 0,5mg e lorazepam 2mg, na redução do grau de ansiedade do paciente, com a menor ocorrência de efeitos indesejáveis, quando submetidos às extrações de terceiros molares inferiores retidos.	A auto-avaliação e a avaliação profissional da eficácia de sedação dos pacientes submetidos a exodontia dos terceiros molares inferiores sob o uso de 2 mg de lorazepam mostraram níveis 0 e 1 na escala CGI. A auto-avaliação e a avaliação profissional da eficácia de sedação dos pacientes submetidos a exodontia dos terceiros molares inferiores sob o uso de 0,5mg de alprazolam mostraram níveis 0, 1 e 2 na escala CGI levando a considerar o alprazolam discretamente menos eficaz no controle da ansiedade. Mesmo utilizando drogas ansiolíticas que atuam no sistema nervoso central, as variações observadas nos parâmetros biológicos (PAM, pulso, FR e SO ₂) não foram significativamente importantes. O único efeito colateral observado com o uso de ambas as medicações foi a sonolência.
Alzahrani e Wyne, 2012	Use of oral midazolam sedation in pediatric dentistry: a review.	Avaliação de vários aspectos da sedação oral com midazolam, incluindo vantagens da via oral de	O midazolam, um dos sedativos orais comumente usados em crianças, possui diversas características como segurança de uso, início rápido e algum grau

		<p>sedação, farmacocinética do midazolam, faixa de dose oral, antagonista do midazolam e procedimento clínico.</p>	<p>de amnésia que o tornam um agente sedativo desejável em crianças. Por outro lado, o tempo de trabalho bastante curto permitido pela sedação com midazolam pode ser um fator limitante dependendo das necessidades de tratamento odontológico da criança. Portanto, a sedação oral com midazolam é recomendada para períodos odontológicos curtos.</p>
<p>Barasoul <i>et al.</i>, 2016</p>	<p>Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico.</p>	<p>Discutir a ansiedade frente ao tratamento odontológico e apresentar as principais escalas disponíveis para a sua mensuração nas crianças e nos adultos.</p>	<p>O cirurgião-dentista deve estar atento para diagnosticar e quantificar a ansiedade adequadamente, visando o estabelecimento de estratégias de abordagem comportamental e clínica individualizadas, tornando a consulta odontológica mais eficaz e menos estressante, tanto para o profissional quanto para os seus pacientes.</p>
<p>Brideau <i>et al.</i>, 1996</p>	<p>A human whole blood assay for clinical evaluation of biochemical efficacy of cyclooxygenase inhibitors.</p>	<p>Avaliação do nível de PGE2 no sangue total humano desafiado com lipopolissacarídeos e os níveis de TXB2 foram medidos após a coagulação sanguínea como índice bioquímico para a atividade da Cox 1 e Cox-2.</p>	<p>Resultados demonstram que Cox-2 é a isoforma predominante no sangue total humano 24 horas após a incubação com LPS. Como a quantidade de Cox-1 é insignificante, os dados também sugerem que a produção de PGE2 pode ser predominantemente atribuída a Cox-2 após a incubação com LPS. Os anti-inflamatórios não esteroidais convencionais testados são mais potentes para inibir Cox-1 plaquetária do que a Cox-2. Reforçam a hipótese que os efeitos colaterais são induzidos pela inibição da Cox-1.</p>
<p>Cogo <i>et al.</i>, 2006</p>	<p>Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia.</p>	<p>Investigação das características farmacológicas, critérios de escolha e regimes posológicos dos benzodiazepínicos de maior interesse para o cirurgião-dentista.</p>	<p>O diazepam é indicado quando se deseja uma sedação pós-operatória mais prolongada. O midazolam é a droga de escolha para a sedação de pacientes adultos e pediátricos, na maioria dos procedimentos odontológicos, principalmente em casos de urgência, por possuir rápido início de ação e induzir amnésia anterógrada. Na sedação consciente de pacientes idosos, apesar do maior tempo de latência (início de ação), deve-se dar preferência ao lorazepam, por proporcionar uma menor incidência de efeitos paradoxais.</p>
<p>Coura e Mariano, 1999</p>	<p>Avaliação da eficácia de duas</p>	<p>Investigar o comportamento da</p>	<p>Embora o consumo de analgésico-socorro foi, em média, maior no</p>

	drogas com ação analgésica (dipirona potencializada e clonixinato de lisina) no pós-operatório das extrações de terceiros molares inferiores inclusos realizadas após o uso de 4mg de betametasona.	associação de 4mg de betametasona e dipirona potencializada (dipirona + adifenina + prometazina) e betametasona e clonixinato de lisina no controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores inclusos.	grupo da associação da betametasona com clonixinato de lisina, o registro de dor pós-operatória não apresentou diferença estatística entre os dois grupos estudados. O controle do edema registrado pelas medidas de Neupert foi menos eficaz no grupo do clonixinato de lisina, mas sem diferenças estatísticas, bem como no edema registrado pelo arco facial modificado. As associações medicamentosas dos dois grupos estudados não mostraram controle eficaz do trismo.
Donaldson <i>et al.</i> , 2007	Oral Sedation: A primer on Anxiolysis for the Patient.	Fornecer informações essenciais sobre a farmacologia e os princípios terapêuticos que regem o uso apropriado de sedativos administrados por via oral para fornecer sedação leve.	O uso de técnicas de sedação oral permite que os pacientes visitem o dentista em um estado de estresse reduzido, onde seu medo e ansiedade impediriam sua capacidade de buscar e manter cuidados de saúde bucal adequados. Essa modalidade provou ser não apenas segura, mas muito eficaz. A seleção adequada de medicamentos e o manejo do paciente, no entanto, são fundamentais para manter essa prática segura.
Faria e Mariano, 2008	Avaliação do efeito de um protocolo medicamentoso (dipirona potencializada, betametasona e diazepam) no controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores inclusos	Avaliar se 5 mg de diazepam acrescentados na associação de analgésico e anti-inflamatório contribuiriam para o controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores inclusos.	Houve controle da dor e edema em ambos os protocolos avaliados. Não houve diferenças significantes entre os dos grupos nos aspectos dor edema. 5mg de diazepam não permitiram controle eficaz da limitação da abertura bucal.
Feltran e Mariano, 2001	Avaliação da influência da raspagem do dorso de língua na incidência de alveolite pós-extração de terceiros molares inferiores e superiores retidos.	Investigar a influência da limpeza do dorso de língua na incidência de alveolite após extrações de terceiros molares retidos, através da utilização do limpador kolbe aplicado sobre a superfície do dorso da língua no pré-operatório imediato e no pós-operatório.	A utilização da betametasona (4mg) e paracetamol (Tylenol 750mg) no pré-operatório mostrou adequado controle da dor e edema após extrações de terceiros molares inferiores retidos. Quando a limpeza do dorso de língua foi realizada no pré-operatório e no pós-operatório de 3 dias, a dor e o edema foram estatisticamente menores, bem como a incidência de alveolite.
Franco <i>et al.</i> , 2006	Interações medicamentosas: fatores	Identificar possíveis interações medicamentosas que são relevantes para a	O conhecimento dos principais fatores individuais que podem modificar a ação de um medicamento é de extrema

	relacionados ao paciente (Parte I).	terapêutica medicamentosa adotada na prática odontológica.	importância para o cirurgião-dentista. Pacientes idosos ou obesos ou, ainda, os portadores de doença renal ou hepática necessitam de cuidados adicionais na prescrição de determinados fármacos, em virtude de alterações fisiológicas ou patológicas que apresentam. Cabe ao profissional conhecer estas especificidades e identificá-las por meio da anamnese, para que a terapêutica medicamentosa seja isenta de riscos desnecessários.
Tostes Frazão, 2020	Midazolam: aspectos farmacológicos e seu uso em diferentes níveis de sedação.	Analisar o mecanismo de ação, os aspectos farmacológicos e clínicos, doses, principais utilizações e comparação com outros sedativos.	O midazolam é um benzodiazepínico com propriedades hipnóticas e sedativas, com rápida absorção, ação e eliminação. É uma droga considerada segura e eficaz sendo indicada principalmente como medicação pré-anestésica, realização de procedimentos de curta duração, indução de anestesia e sedação em UTI.
Gaudereto <i>et al.</i> , 2008	Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais.	Avaliar o que existe de mais atual a esse respeito, objetivando contribuir com os cirurgiões-dentistas no sentido de embasá-los para o controle da ansiedade no consultório.	O controle da ansiedade dos pacientes odontológicos pode ser feito com diferentes métodos, variando desde formas não-farmacológicas até a utilização de drogas para exercer esse efeito ansiolítico. Cada método apresenta vantagens e desvantagens inerentes às suas próprias características. Quando a opção recai no uso das drogas, torna-se imprescindível o conhecimento das vias de administração, do custo, das características farmacológicas bem como, quando técnicas sofisticadas são exigidas para o seu emprego, de treinamento específico para sua execução. O importante é que o tratamento odontológico possa ser efetuado com estresse fisiológico e psicológico mínimo.
Hunt <i>et al.</i> , 2003	The gastrointestinal safety of the COX-2 selective inhibitor etoricoxib assessed by both endoscopy and analysis of upper gastrointestinal events.	Comparar lesões gastrointestinais em pacientes que utilizaram etoricoxibe e anti-inflamatórios não esteroidais.	A incidência de tumores e úlceras detectados por endoscopia foi menor em pacientes que utilizaram etoricoxibe (120 mg) do que com ibuprofeno (2400 mg). O etoricoxibe reduziu a incidência de eventos adversos no trato gastrointestinal em aproximadamente 50% em comparação com outros anti-inflamatórios não esteroidais.

Kim <i>et al.</i> , 2009	The use of corticosteroids and nonsteroidal anti-inflammatory medication for the management of pain and inflammation after third molar surgery: A review of the literature.	Avaliar o uso de corticoides e anti-inflamatórios não esteroidais, os efeitos adversos e contraindicações e recomendações.	A combinação de outro medicamento com anti-inflamatório não esteroidal é mais eficaz no controle da dor pós-operatória e do inchaço na cirurgia de terceiro molar. A maioria dos estudos defende o uso de anti-inflamatório não esteroidal para prevenir a dor pós-operatória, enquanto os glicocorticoides para controlar o edema pós-operatório e o trismo. Para manter sua eficácia anti-inflamatória, as doses de esteroides devem ser mantidas por um período mínimo de 3 dias. A via oral proporciona uma forma conveniente, econômica e segura de administração para a maioria dos pacientes. A via de administração intramuscular tem um início de ação mais lento do que a via intravenosa e a taxa de absorção é altamente dependente da taxa de fluxo sanguíneo. Corticosteroides são não indicados para uso rotineiro.
Malmstrom <i>et al.</i> , 2004	Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: A randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study.	Determinar o efeito analgésico de doses orais únicas de etoricoxibe 60, 120, 180 e 240 mg em comparação com placebo no tratamento da dor após cirurgia dentária.	Utilizando o modelo de impactação dentária, uma dose única de etoricoxibe 120 mg foi a dose mínima de etoricoxibe que proporcionou o efeito analgésico máximo para dor após a cirurgia dentária. O etoricoxibe 120 mg proporcionou alívio rápido da dor começando 24 minutos após a dose, que continuou durante todo o período de estudo de 24 horas.
Mariano <i>et al.</i> , 2000	Análise comparativa do efeito anestésico da lidocaína 2% e da prilocaína 3%.	Analisar as soluções anestésicas prilocaína a 3% com felipressina 0,03 UI/ml e lidocaína a 2% com noradrenalina 1:50.000 para identificar variações no período de latência, duração da anestesia e quantidade de anestésico necessária para a extração de terceiros molares inferiores inclusos.	A avaliação mostrou que ambas as soluções permitiram a execução do procedimento cirúrgico utilizando doses mínimas seguras dos anestésicos. Os resultados da avaliação de dor pós-operatória mostraram um controle adequado com a utilização da associação de anestésico-analgésico-anti-inflamatório.
Mariano <i>et al.</i> , 2023	Does etoricoxib or dexamethasone control inflammatory pain, edema, and trismus	Investigar se o etoricoxibe ou a dexametasona são eficazes no controle da dor pós-	Os achados indicaram que o etoricoxibe 120 mg foi significativamente mais eficaz no controle da dor pós-operatória do que a dexametasona 4 mg e que

	after impacted third molar surgery? A double-blind, split-mouth randomized clinical trial.	operatória, edema e trismo após extração de terceiros molares mandibulares impactados.	ambos os medicamentos foram comparáveis no controle do edema e do trismo.
Melo <i>et al.</i> , 2009	Estudos comparativos entre três fármacos analgésicos / anti-inflamatórios usados nas extrações de terceiros molares inferiores retidos para controle de dor, edema e trismo.	Um grupo placebo, 100 mg de nimesulida, 125 mg de clonixinato de lisina ou 4 mg de betametasona foram analisados após a administração pré-operatória nas extrações de terceiros molares inferiores retidos.	Não houveram diferenças estatísticas no controle da dor registrada pela VAS entre os grupos de medicamentos testados e o maior consumo analgésico-socorro se deu quando o placebo foi empregado. O grupo betametasona mostrou o menor edema registrado pelos métodos de quantificação (Medidas lineares de Neupert e arco facial adaptado). O controle do trismo não mostrou diferenças estatísticas significantes.
Moraes e Mariano, 1997	Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação analgésica (tramadol e ibuprofeno) após extração de terceiros molares inferiores inclusos.	Comparar, clinicamente, a eficácia do tramadol (100mg) e do ibuprofeno (600mg) no controle da dor após extração de terceiros molares inferiores, em inclusões bilaterais, posição mesioangular e avaliar sua influência no controle do edema e limitação da abertura bucal.	Conclui-se que: 1. Não houve diferença estatisticamente significativa com a analgesia conseguida com o ibuprofeno ou tramadol, nas dosagens empregadas, embora possa ser observado analgesia ligeiramente maior com o uso do ibuprofeno, principalmente no segundo dia pós-operatório; 2. Não houve diferença estatisticamente significativa no controle da limitação da abertura bucal com o uso do ibuprofeno ou tramadol nas doses empregadas; 3. Houve maior volume facial (edema) nos pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares inferiores do grupo tramadol, ao nível de 5% de significância, tanto na mensuração com arco facial adaptado quanto nas medidas lineares segundo pontos de referência na face; 4. Os pacientes do grupo tramadol apresentaram mais reações adversas.
Neupert <i>et al.</i> , 1992	Evaluation of dexamethasone for reduction of postsurgical sequelae of third molar removal.	Avaliação da dexametasona em redução de sequelas pós-cirúrgicas em extração de terceiros molares.	Uma dose de 4 mg foi usada arbitrariamente. Os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas no inchaço facial e na dor diária entre os lados de anti-inflamatório não esteroide e controle. Além da dor global, o trismo também foi significativamente reduzido. Os pacientes obtiveram um aumento médio de 4,5 mm na abertura incisal ao longo do período pós-cirúrgico observado de 1 semana, e com aberturas incisais maiores eles tenderam a sentir menos dor.

			O uso de dexametasona intravenosa ao remover terceiros molares impactados demonstrou ter benefícios objetivos e subjetivos. Estudos são necessários para estabelecer um protocolo para eficácia na redução do desconforto pós-cirúrgico na exodontia.
Neves <i>et al.</i> , 2002.	Avaliação da eficácia de duas drogas com ação analgésica e/ou miorreloxante nas extrações de terceiros molares retidos.	Comparar, clinicamente, a eficácia das duas substâncias de ação analgésica e miorreloxante, (maleato de flupirtina 100 mg e rofecoxibe 25 mg) nos aspectos dor, edema e trismo, após extrações de terceiros molares inferiores, em inclusões bilateralmente semelhantes, administrados no pré-operatório e ou pós-operatório.	Os dois protocolos foram eficazes em relação à dor e ao edema. A procura pelo protocolo medicamentoso ainda deve continuar para se criar possibilidades de controle pós-extrações de dentes retidos nos aspectos dor, edema e trismo, fazendo com que nossos pacientes se livrem de limitações funcionais da mandíbula no pós-operatório de cirurgias bucais.
Piccirillo e Mariano, 2001	Avaliação do efeito do Rofecoxibe associado ou não à dexametasona nas extrações de terceiros molares inferiores retidos	Analisar o controle da dor, edema e trismo pós-extrações dentais quando da associação de 25 mg de Rofecoxibe, um anti-inflamatório não esteroide, com 4mg de dexametasona, um corticoide.	A associação do anti-inflamatório não esteroide com o corticoide permitiu melhor controle da dor no pós-operatório de até 72 horas. Diferença estatisticamente significativa foi observada na medida tragus-comissura labial no grupo em que 4mg de dexametasona foi administrada no pré-operatório de extrações de terceiros molares inferiores retidos. O trismo não foi totalmente controlado em 3 dias com nenhum dos protocolos medicamentosos.
Pimenta e Mariano, 2002.	Estudo clínico comparativo sobre a ação do Rofecoxibe e Ibuprofeno-arginina na prevenção da dor, edema e trismo, decorrentes de extrações de terceiros molares inferiores inclusos	Investigar a eficácia, de forma comparativa, a ação antiálgica do Ibuprofeno-arginina, e seus efeitos no edema e trismo pós-extração de terceiros molares inferiores, comparados à ação do rofecoxibe, inibidor seletivo de cox-2.	O comportamento clínico do protocolo do Grupo I (Ibuprofeno-Arginina) permitiu melhor conforto pós-operatório nos aspectos dor, edema e trismo. O Ibuprofeno-Arginina é um bom substituto do Rofecoxibe.
Rabelo e Gomes, 2022	Corticosteroides e anti-inflamatório não esteroide na	Comparar corticosteroides e anti-inflamatório não esteroide, na	O uso de corticosteroides e de anti-inflamatório não esteroide mostrou ser bastante importante dentro da cirurgia oral, mas cada

	cirurgia oral: indicação de uso	observando onde melhor se aplica cada, suas indicações e seus efeitos diante da cirurgia oral.	um com sua função, mesmo que alguns artigos mostram que ambos podem usados no pré- operatório ou no pós-operatório. O corticosteroide se mostrou ser bem associado ao pré-operatório, pois se administrado nessa etapa, mostrou que ajuda na diminuição do desconforto do paciente. Os anti-inflamatórios não esteroidais foram observados que são favoráveis quando aplicados no pós-operatório para a diminuição de dores, edemas e trismos caso aconteça e, também por essa classe ter uma ação de analgesia mais rápida em caso necessário onde o paciente esteja sentindo dor naquele momento. É sugerido ainda, que mais estudos randomizados sejam realizados que padronizem o protocolo terapêutico medicamentoso visando também pacientes com comorbidades sistêmicas, como diabetes e outras.
Reis <i>et al.</i> , 2008	Estudos comparativos entre fármacos analgésicos/ anti- inflamatórios usados nas extrações de terceiros molares inferiores inclusos.	Comparar 8 mg de dexametasona, 25 mg de rofecoxibe, 15 mg de meloxicam, 50 mg de diclofenaco potássico, administrados cegamente, no pré- operatório de extrações de terceiros molares, no controle da dor, edema e trismo.	O controle da dor pela VAS mostrou diferenças estatísticas entre dexametasona e demais anti-inflamatórios, evidenciando significativamente aumento de consumo de analgésico-socorro nos grupos meloxicam e diclofenaco potássico. A quantificação do edema, expresso especialmente pela medida ângulo mandibular-comissura labial foi estatisticamente menor no grupo dexametasona, seguido pelo rofecoxibe. O grupo diclofenaco potássico se mostrou o menos eficaz na redução do edema. A redução da distância interincisal no período de 72 horas não mostrou diferenças significantes entre os grupos testados.
Seymour e Rawlins, 1982	Efficacy and pharmacokinetics of aspirin in post- operative dental pain.	Avaliação do efeito analgésico da aspirina, a sua cinética no plasma, na dor dentária pós- operatória.	Este estudo demonstra que 1200 mg de aspirina é um analgésico eficaz na dor dentária pós- operatória, mas que a correlação com a concentração plasmática de salicilato pode ser fortuita.
Seymour e Walton, 1984	Pain control after third molar surgery.	Avaliação dos agentes que foram empregados para aliviar a dor e outras sequelas após a cirurgia do terceiro molar.	A aspirina tem propriedades anti- inflamatórias e analgésicas, e parece adequada para o tratamento da dor pós-operatória após a remoção do terceiro molar. A eficácia do paracetamol após a cirurgia do terceiro molar é incerta.

			Embora o ibuprofeno tenha demonstrado ser mais eficaz do que a aspirina, as diferenças não atingiram níveis de significância estatística. A ligeira vantagem analgésica do ácido mefenâmico sobre a aspirina 600 mg precisa ser considerada no contexto da alta incidência de efeitos colaterais indesejados que o ácido mefenâmico possui. As evidências dos estudos sugeririam que o diflunisal é um analgésico eficaz para uso em cirurgia oral. O zomepirac é um analgésico eficaz e seguro para uso após cirurgia de terceiro molar. A eficácia do fármaco parece ser dependente da dose e aumentar a dose não aumenta a incidência de efeitos colaterais. Os efeitos colaterais da di-hidrocodeína podem ter alterado a percepção dos pacientes sobre a sua dor. A eficácia do dextropropoxifeno na dor pós-operatória após cirurgia do terceiro molar é baixa. Esteroides potentes, usados com moderação, podem ser muito eficazes no controle de sequelas pós-operatórias.
Silva e Mariano, 2002	Estudo comparativo sobre a ação do loxoprofeno sódico e rofecoxibe no alívio da dor, redução de edema e trismo pós-operatório decorrentes das extrações de terceiros molares inferiores inclusos.	Comparar clinicamente a eficácia antiálgica, anti-inflamatória e no controle do trismo de duas drogas analgésicas/anti-inflamatórias: loxoprofeno sódico 60 mg e rofecoxibe 25 mg.	1. As médias de dor pela VAS (Grupo Lox = 1,2821cm; Grupo Rofecoxibe = 0,7786cm) foram discretamente menores quando o fármaco Rofecoxib 25 mg foi empregado como objeto de estudo, sem diferenças estatísticas; 2. Houve menor consumo de analgésicos-socorro observado no Grupo Rofecoxibe e menor edema quantificado pelas medidas lineares de Neupert (Grupo Lox = 8,8212 cm e Grupo Rofe = 8,6607 cm); 3. Em ambos os grupos obteve médias semelhantes de abertura de boca (Grupo Lox = 4,59 cm e Grupo Rofe = 4,37cm) sendo constatado um percentual de 21,16% de redução de abertura bucal no Grupo I e 19,41cm no Grupo II).
Silveira e Mariano, 2004	Avaliação da eficácia de dois fármacos com ação anti-inflamatória (tenoxicam e dexametasona) no controle da dor, edema e trismo	Comparar o efeito de 8 mg de dexametasona ou 20 mg de tenoxicam no controle da dor, edema e trismo nas extrações de	Não foram encontradas diferenças estatísticas significantes no controle da dor nos períodos de 24, 48 e 72 horas, mas a média de consumo de analgésicos-socorro foi maior no grupo Tenoxicam. Em média, a medida ângulo mandibular-mento foi maior no

	após extrações de terceiros molares inferiores inclusos.	terceiros molares inferiores inclusos.	grupo tenoxicam e o edema quantificado pelo arco facial modificado mostrou mais persistente nesse mesmo grupo, não houve diferença estatística na avaliação da distância interincial no pós-operatório das extrações.
Singh <i>et al.</i> , 2023	Efficacy of preemptive dexamethasone versus methylprednisolone in the management of postoperative discomfort and pain after mandibular third molar surgery: A systematic review and meta-analysis.	Revisar a eficácia da metilprednisolona versus dexametasona no tratamento da dor pós-cirúrgica, inchaço e trismo após cirurgia do terceiro molar mandibular.	Em análises agrupadas, não houve diferença significativa com relação à dor, analgésicos de resgate e inchaço no teste e no grupo de controle. A análise de gráfico de floresta mostrou que a dexametasona teve menor trismo no período pós-operatório inicial (dia 2 do pós-operatório) em comparação com a metilprednisolona. Ambos os corticosteroides têm eficácia semelhante na redução da dor e do inchaço pós-operatórios; no entanto, a dexametasona mostrou diferença estatisticamente significativa da metilprednisolona na redução do trismo no período pós-operatório inicial. No entanto, devido à heterogeneidade estatística, a qualidade da evidência para a revisão foi baixa a moderada. Portanto, mais estudos com amostra de estudo maior e baixo risco de viés são necessários para confirmar esses resultados.
Teixeira e Quesada, 2004	Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos.	Avaliação do uso de benzodiazepínicos em pacientes na odontologia.	O uso dos benzodiazepínicos, quando bem indicado produz um efeito ansiolítico desejado, ou seja, trata os sintomas da ansiedade, permitindo que o paciente se adapte melhor ao tratamento. Desde que se tenha o cuidado necessário ao prescrever um benzodiazepínico, respeitando suas contraindicações e interações medicamentosas, pode ser usado com larga margem de segurança, produzindo um mínimo de efeitos colaterais, baixa toxicidade e capacidade de produzir dependência quase irrelevante.
Vane e Botting, 1998	Mechanism of action of nonsteroidal anti-inflammatory drugs.	Avaliação do mecanismo de ação de medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais.	Os resultados publicados sugerem a hipótese de que os efeitos colaterais indesejados dos anti-inflamatórios não esteroidais são devidos à sua capacidade de inibir a COX-1, enquanto seus efeitos anti-inflamatórios (terapêuticos) são devidos à inibição da COX-2.

Vicentin e Mariano, 1998	Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação anti-inflamatória (meloxicam e diclofenaco potássico) após extração de terceiros molares inferiores inclusos.	Comparar os efeitos do meloxicam 15 mg e diclofenaco potássico 50 mg no controle da dor, edema e trismo decorrentes de extrações de terceiros molares inferiores retidos.	Não houve diferenças estatísticas na avaliação da dor pela VAS e consumo de analgésicos-socorro em ambos os grupos. Ambos os medicamentos mostraram boa eficácia analgésica com registros de dor mínimo e consumo de analgésico socorro de 1,3 comprimidos nos 3 primeiros dias em ambos os grupos. Para o edema, houve maior registro de variação facial na medida e Neupert distância ângulo-mandibular e comissura labial e no arco facial modificado para o grupo diclofenaco. Não foram registradas diferenças estatísticas no trismo em ambos os grupos.
Zardo <i>et al.</i> , 2004	Avaliação do efeito do nimesulida no controle da dor, edema e trismo após as extrações de terceiros molares inferiores inclusos	Investigar o efeito de 100 mg de nimesulida administrados no pré-operatório de extrações de terceiros molares inferiores inclusos.	O controle da dor propiciado por 100 mg de nimesulida, em comparação ao placebo não foi eficaz e a necessidade de analgésico-socorro foi maior que no grupo placebo no segundo e terceiro dia pós extração dentária. O efeito anti-inflamatório do nimesulida foi evidenciado na medida ângulo-mandibular-mento. Não houveram diferenças significantes no controle do trismo.

6. DISCUSSÃO

6.1. ANALGESIA ANTI-INFLAMATÓRIA: AINES SELETIVOS VS. NÃO SELETIVOS

Como a proposta do presente estudo é analisar os protocolos medicamentosos empregados nas extrações de terceiros molares retidos, visto que esses procedimentos constituem a maior demanda cirúrgica da clínica de cirurgia da Faculdade de Odontologia da Unifal-MG, a identificação de combinações medicamentosas eficazes no controle da dor, edema e trismo torna-se importante.

Peterson *et al.* (2005), Goldberg *et al.* (1985); Jerjes *et al.* (2006) ressaltam a importância da extração de terceiros molares impactados. Quando esses dentes são deixados no processo alveolar, a probabilidade de surgimento de problemas aumenta, levando a uma maior incidência de morbidade tecidual local, como perda óssea, comprometimento de dentes adjacentes e potencial lesão a estruturas vitais circunvizinhas. Marzola *et al.* (2000) reforçam a necessidade de extração de terceiros molares impactados, uma vez que, devido à sua posição inadequada no arco dental, esses dentes podem exercer pressão mecânica sobre os dentes vizinhos, resultando na reabsorção de suas raízes, além de poderem ocasionar o desalinhamento de outros dentes do arco.

Em concordância com Keller e Messer (1975), a resposta natural do tecido à lesão é manifestada pela inflamação. Os corticosteroides e os anti-inflamatórios não esteroidais são bastante prescritos para realização de cirurgias orais, contudo cada um com suas limitações e benefícios (Rabelo e Gomes, 2022). A utilização de ambos é pertinente em exodontias de terceiros molares inferiores impactados, uma vez que ocorre uma maior manipulação dos tecidos, resultando em desconforto pós-operatório.

Os anti-inflamatórios não esteroidais diminuem a inflamação e a febre, além de proporcionar analgesia (Kim *et al.* 2009). O uso de corticosteroides também preconizado, diminui de forma acentuada a resposta inflamatória, de acordo com Hardman e Limbird (1996), em inflamações de forma geral.

Vane e Botting (1998) investigaram o mecanismo de ação dos anti-inflamatórios não esteroidais, sugerindo que os efeitos colaterais são atribuídos à inibição da Cox-1, enquanto os efeitos anti-inflamatórios resultam da inibição da Cox-2. Nos procedimentos odontológicos cirúrgicos eletivos ou nos casos de dor já instalada,

desde que a causa tenha sido removida, não há evidências científicas que justifiquem a prescrição dos anti-inflamatórios não esteroidais de forma crônica (Andrade, 2000). Brideau *et al.* (1996) relatam que os anti-inflamatórios não esteroides atuam como inibidores não seletivos da Cox-1 e da Cox-2, o que está associado ao desenvolvimento de gastropatias em pacientes que utilizam essa classe de medicamentos. Por outro lado, os corticosteroides são inibidores seletivos da Cox-2 ao não inibirem a Cox-1, apresentam um perfil de efeitos colaterais substancialmente melhorado, preservando a integridade do sistema gastrointestinal e mantendo uma eficácia considerável nas propriedades anti-inflamatórias, antipiréticas e analgésicas.

Os resultados dos estudos endoscópicos de Hunt *et al.* (2003) enfatizam que a incidência de tumores e úlceras foi significativamente menor com a administração de etoricoxibe na dose de 120 mg em comparação ao ibuprofeno na dose de 2400 mg. O tratamento com etoricoxibe resultou em uma redução da incidência de eventos adversos no trato gastrointestinal em aproximadamente 50% quando comparado aos anti-inflamatórios não esteroides, que atuam como inibidores da Cox-1 e da Cox-2. Além disso, Seymour e Walton (1984) sugerem que o uso moderado e a curto prazo de corticosteroides podem ser altamente eficazes.

Malmstrom *et al.* (2004) avaliaram o efeito analgésico de doses orais únicas de etoricoxibe 60, 120, 180 e 240 mg em comparação com placebo após cirurgia dentária. Os resultados indicaram que 120 mg foi a menor dose que proporcionou alívio máximo da dor, começando 24 minutos após a administração e mantendo efeito ao longo de 24 horas.

Em cenário nacional, os estudos conduzidos por Mariano *et al.* (2023) demonstraram que a utilização preventiva de anti-inflamatórios reduz o processo inflamatório. O etoricoxibe apresentou um efeito analgésico superior ao da dexametasona, embora ambos tenham proporcionado um controle semelhante do edema e do trismo.

O conjunto de estudos confirmam que anti-inflamatórios não esteroidais são a base do controle de dor após exodontia de terceiros molares. Os resultados dos estudos de Seymour e Rawlins (1982) indicam que a administração de 1200 mg de aspirina é eficaz no controle da dor dentária pós-operatória, corroborando sua reconhecida ação analgésica. A eficácia observada reforça o papel da aspirina como uma alternativa terapêutica viável, especialmente em contextos odontológicos. No

entanto, a relação entre a concentração plasmática do salicilato e o efeito analgésico ainda requer investigação mais aprofundada, a fim de esclarecer os mecanismos envolvidos na resposta clínica observada.

Pimenta e Mariano (2002) concluíram que o ibuprofeno-arginina é mais eficaz que o rofecoxibe no controle da dor, edema e trismo após a extração de terceiros molares inferiores, proporcionando melhor conforto pós-operatório. Quando Piccirillo e Mariano (2001) associaram um corticoide (4 mg de dexametasona), administrado no pré-operatório com o anti-inflamatório não esteroidal (25 mg de Rofecoxibe), no pós-operatório, a dor e o edema foram melhor controlados. O consumo de analgésicos-socorro foi menor diante da associação corticoide/anti-inflamatório não esteroidal administrada, fazendo crer que a ação na via de produção de prostaglandina concomitante com a redução da população de células inflamatórias, propiciou menor sensibilização dos nociceptores por efetiva redução inflamatória, levando a menores registros de dor pela Escala Visual Analógica.

Reis *et al.* (2008) compararam a eficácia de dexametasona, rofecoxibe, meloxicam e diclofenaco potássico no controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares. A dexametasona demonstrou maior eficácia no controle da dor e redução do edema, enquanto o diclofenaco potássico foi o menos eficaz. A distância interincisal não apresentou diferenças significativas entre os grupos.

Zardo *et al.* (2004) concluíram que 100 mg de nimesulida administrados no pré-operatório de extrações de terceiros molares inferiores não foram eficazes no controle da dor em comparação ao placebo, resultando em maior necessidade de analgésico de resgate nos dois dias subsequentes à extração.

De acordo com Vicentin e Mariano (1998), os efeitos do meloxicam 15 mg e do diclofenaco potássico 50 mg após extrações de terceiros molares inferiores foram comparados. Não foram observadas diferenças significativas na dor ou no consumo de analgésicos entre os grupos, ambos apresentando boa eficácia analgésica. O grupo diclofenaco teve maior variação facial em relação ao edema, mas não houve diferenças significativas no trismo.

Moraes e Mariano (1997) mostraram nos estudos que nas dosagens utilizadas, não houve diferença estatisticamente significativa na eficácia analgésica entre o ibuprofeno e o tramadol, embora o ibuprofeno tenha demonstrado leve superioridade no segundo dia pós-operatório. No que se refere à limitação da abertura bucal, ambos os fármacos apresentaram desempenhos semelhantes, sem diferenças significativas.

No entanto, observou-se maior edema facial nos pacientes do grupo que recebeu tramadol, com significância estatística de 5%, tanto por meio de medidas lineares quanto com o uso de arco facial adaptado. Os pacientes que utilizaram tramadol relataram mais reações adversas, o que sugere um perfil de tolerabilidade menos favorável em comparação ao ibuprofeno.

Silva e Mariano (2002) compararam loxoprofeno sódico e rofecoxibe após extrações de terceiros molares. O rofecoxibe apresentou médias de dor ligeiramente menores em relação ao loxoprofeno, sem diferenças estatísticas significativas. O consumo de analgésicos de resgate foi menor com rofecoxibe, que também teve menor edema em comparação ao loxoprofeno. As médias de abertura bucal foram semelhantes entre os grupos.

Dessa forma, em pacientes sem risco cardiovascular elevado, os inibidores seletivos da Cox-2, como o etoricoxibe 120 mg, configuram-se como uma opção de primeira linha no manejo da dor intensa, oferecendo a vantagem de menor incidência de efeitos adversos gastrointestinais. Por outro lado, o ibuprofeno, nas doses de 400 a 600 mg, permanece como uma alternativa eficaz, segura e economicamente acessível para pacientes que não apresentam alto risco gastrointestinal.

Campbell *et al.* (1990) demonstraram que os pacientes tratados com diclofenaco sódico por via intravenosa relataram uma menor intensidade de dor em comparação com os demais tratamentos, 30 minutos após a cirurgia. Na avaliação realizada 24 horas após a intervenção cirúrgica, a eficácia analgésica do diclofenaco sódico intravenoso também se mostrou superior ao uso do fentanil ou do placebo, embora não tenha superado a eficácia do diclofenaco sódico administrado por via intramuscular.

Sabe-se que a dor inflamatória aguda também pode ser prevenida, não apenas amenizada. Há de se convir que a prevenção da dor seja uma conduta muito mais inteligente e conveniente do que tratá-la após sua instalação. (Andrade, 2000). Em relação à analgesia, McQuay *et al.* (1993) compararam os efeitos do ibuprofeno na dose de 400 mg com a di-hidrocodeína nas doses de 30 mg e 60 mg. Os resultados indicaram que o ibuprofeno proporcionou uma analgesia significativamente superior durante os períodos pré-operatório, transoperatório e pós-operatório em comparação à di-hidrocodeína. Ademais, foram observados efeitos adversos associados ao uso da di-hidrocodeína.

A dor mais intensa ocorre após a remoção de terceiros molares impactados. Analgésicos com ação anti-inflamatória são eficazes no controle da dor pós-operatória e o ibuprofeno proporciona boa analgesia após a remoção de terceiros molares impactados em comparação com o diclofenaco (Ahlström *et al.*, 1993).

Neves *et al.* (2002) compararam a eficácia do maleato de flupirtina 100 mg e do rofecoxibe 25 mg no controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores, administrados no pré-operatório e/ou pós-operatório. Ambos os protocolos mostraram eficazes no controle da dor e do edema. A pesquisa deve continuar para desenvolver estratégias que minimizem as limitações funcionais da mandíbula e melhorem o conforto dos pacientes no pós-operatório.

Silva e Mariano (2002) compararam loxoprofeno sódico e rofecoxibe após extrações de terceiros molares. O rofecoxibe apresentou médias de dor ligeiramente menores em relação ao loxoprofeno, sem diferenças estatísticas significativas. O consumo de analgésicos de resgate foi menor com rofecoxibe, que também teve menor edema em comparação ao loxoprofeno. As médias de abertura bucal foram semelhantes entre os grupos.

Nos procedimentos odontológicos cirúrgicos eletivos ou nos casos de dor já instalada, desde que a causa tenha sido removida, não há evidências científicas que justifiquem a prescrição dos anti-inflamatórios não esteroidais de forma crônica (Andrade, 2000). Brideau *et al.* (1996) relatam que os anti-inflamatórios não esteroides atuam como inibidores não seletivos da Cox-1 e da Cox-2, o que está associado ao desenvolvimento de gastropatias em pacientes que utilizam essa classe de medicamentos. Por outro lado, os corticosteroides são inibidores seletivos da Cox-2; ao não inibirem a Cox-1, apresentam um perfil de efeitos colaterais substancialmente melhorado, preservando a integridade do sistema gastrointestinal e mantendo uma eficácia considerável nas propriedades anti-inflamatórias, antipiréticas e analgésicas.

6.2. CORTICÓIDES: DOR X EDEMA X TRISMO

De acordo com Rabelo e Gomes (2022), os corticosteroides são eficazmente associados ao período pré-operatório, uma vez que sua administração nesta fase demonstrou contribuir para a redução do desconforto do paciente. Os anti-inflamatórios não esteroides mostraram-se favoráveis quando utilizados no pós-operatório, proporcionando alívio da dor, redução de edemas e controle do trismo, caso ocorra. Além disso, essa classe de medicamentos apresenta uma ação

analgésica mais rápida, sendo útil em situações em que o paciente experiencie dor aguda.

Há consistência de que corticoides reduzem edema e, em menor grau, trismo, com impacto variável na dor. No estudo duplo-cego realizado por Neupert *et al.* (1992), os pacientes que receberam dexametasona alcançaram um aumento médio de 4,5 mm na abertura incisal durante o período pós-cirúrgico observado em 1 semana e com aberturas incisais maiores, eles relataram sentir menos dor. Além disso, os pacientes avaliaram o lado que recebeu dexametasona como sendo menos doloroso.

Silveira e Mariano (2004) compararam 8 mg de dexametasona e 20 mg de tenoxicam no controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas na dor, mas o grupo tenoxicam apresentou maior consumo de analgésicos, maior medida facial do ângulo mandibular-mento e edema mais persistente. Não foram observadas diferenças na distância interincisal no pós-operatório.

De acordo com Vicentin e Mariano (1998), os efeitos do meloxicam 15 mg e do diclofenaco potássico 50 mg após extrações de terceiros molares inferiores foram comparados. Não foram observadas diferenças significativas na dor ou no consumo de analgésicos entre os grupos, ambos apresentando boa eficácia analgésica. O grupo diclofenaco teve maior variação facial em relação ao edema, mas não houve diferenças significativas no trismo.

Reis *et al.* (2008) demonstraram que a dexametasona teve maior eficácia no controle da dor e redução do edema. Piccirillo e Mariano (2001) observaram melhor controle da dor e do edema quando 4 mg de dexametasona foram administrados no pré-operatório, em associação com 25 mg de rofecoxibe, um anti-inflamatório não esteroide, no pós-operatório. No estudo comparativo de Coura e Mariano (1999), a associação de betametasona em dose de 4 mg com dipirona potencializada e a combinação de betametasona com clonixinato de lisina mostraram-se pouco eficazes no controle do trismo. O grupo que recebeu clonixinato de lisina apresentou menor eficácia no controle do edema, enquanto ambos os grupos obtiveram resultados semelhantes no manejo da dor pós-operatória. Na análise de Melo *et al.* (2009), que incluiu um grupo placebo, a administração de 100 mg de nimesulida, 125 mg de clonixinato de lisina ou 4 mg de betametasona não demonstrou diferenças significativas no controle da dor. O grupo que recebeu 4 mg de betametasona apresentou menor trismo, enquanto o grupo placebo fez maior consumo de

analgésicos de resgate. O controle do trismo, por sua vez, não apresentou diferenças estatisticamente significativas.

Os dados apresentados por Huffman (1977) indicam que foram administrados 125 mg de metilprednisolona como medicação pré-anestésica em 85 pacientes, por via intravenosa. Observou-se uma redução do edema em comparação com o grupo controle, sendo relatado também que, em muitos casos, não houve necessidade de utilização de medicação analgésica no período pós-operatório.

A revisão narrativa de Kim *et al.* (2009) mostra que anti-inflamatórios não esteroidais diminuem a inflamação e a febre, além de proporcionar analgesia. O corticoide foi recomendado para edema e trismo, mantendo esteroide por mais de 3 dias quando objetivo for anti-inflamatório sustentado. Vários estudos usam dose única com benefício clínico já perceptível no edema. Na meta-análise realizada por Singh *et al.* (2023), a dexametasona e a metilprednisolona, quando administradas no período pré-operatório, foram avaliadas e confirmaram a redução da dor, do edema e do trismo. Observou-se que a dexametasona apresentou maior eficiência em relação ao controle do trismo, enquanto ambos os fármacos demonstraram eficácia semelhante na redução da dor e do edema. Mariano *et al.* (2023) em Ensaio Clínico Randomizado moderno, mostraram que etoricoxibe 120 mg superou dexametasona 4 mg para dor, mantendo equivalência em edema/trismo.

No estudo comparativo de Coura e Mariano (1999), a associação de betametasona em dose de 4 mg com dipirona potencializada e a combinação de betametasona com clonixinato de lisina mostraram-se pouco eficazes no controle do trismo. O grupo que recebeu clonixinato de lisina apresentou menor eficácia no controle do edema, enquanto ambos os grupos obtiveram resultados semelhantes no manejo da dor pós-operatória.

6.3. ANESTESIA LOCAL E ADJUVANTES

Para Almeida (1991), a administração de betametasona na dose de 4 mg, em dose única por via oral, uma hora antes do procedimento cirúrgico, em associação com o uso de Bupivacaína 0,5% com adrenalina na proporção de 1:200.000 como solução anestésica local, resultou em um controle mais eficaz da dor inflamatória aguda nas primeiras 24 horas pós-operatórias. Isso é observado em comparação com o protocolo que utiliza corticosteróides nas mesmas condições, mas empregando prilocaína 3% com felipressina 0,03 UI/mL como solução anestésica local. Ademais, é

importante que o paciente seja informado sobre a longa duração do efeito da bupivacaína.

A análise comparativa de Mariano *et al.* (2000) demonstrou que os resultados da dor pós-operatória indicaram um controle adequado com a associação das soluções anestésicas prilocaína a 3% com felipressina 0,03 UI/ml ou lidocaína a 2% com noradrenalina 1:50.000, analgésico e anti-inflamatório nas extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Esses achados sustentam o raciocínio de que uma anestesia de longa duração reduz consumo de resgate nas primeiras horas críticas.

7.4. ANSIOLÍTICOS E SEDAÇÃO

Barasoul *et al.* (2016) destacam a importância da avaliação prévia da ansiedade do paciente, orientando a escolha entre intervenções comportamentais e/ou farmacológicas. Nesse sentido, a conduta do cirurgião-dentista deve ser sempre fundamentada em critérios clínicos e psicológicos bem estabelecidos.

Gaudereto *et al.* (2008) alertam que, ao optar-se por fármacos, é fundamental o conhecimento profundo sobre suas vias de administração, custo, características farmacológicas, além do treinamento adequado para seu uso. Essas abordagens possibilitam a adoção de estratégias individualizadas quanto ao uso de técnicas farmacológicas de sedação. Os benzodiazepínicos, indicados para o controle da ansiedade, incluem:

- Lorazepam 2 mg proporcionou maior eficácia ansiolítica em comparação ao alprazolam 0,5 mg, com avaliações concentradas nos níveis 0 e 1 da escala CGI, de acordo com Alves *et al.* (2013).
- O Midazolam é mencionado na literatura como uma opção preferencial, especialmente em procedimentos de curta duração, devido ao seu rápido início de ação e propriedades que causam amnésia (Alzahrani e Wyne, 2012; Tostes Frazão, 2020).
- Diazepam pode ser mais indicado quando se deseja uma sedação pós-operatória prolongada indica o estudo de Cogo *et al.* (2006).
- Diazepam 5 mg no pré-operatório, não melhorou o trismo e nem foi mais eficaz que o protocolo analgésico e anti-inflamatório utilizado mostra o estudo de Faria e Mariano, (2008).

Diretrizes educacionais (Donaldson *et al.*, 2007; Teixeira e Quesada, 2004) reforçam que seleção do fármaco, vias, monitorização e treinamento são

determinantes para manter a segurança. Em idosos, Cogo *et al.* (2006) recomendam o uso de Lorazepam, por apresentar maior latência e menor incidência de efeitos paradoxais. Para o controle da ansiedade moderada ou antecipatória em adultos, o Lorazepam, na dose de 1 a 2 mg por via oral administrado entre 60 e 90 minutos antes do procedimento, configura-se como uma opção eficaz e segura. Já o Midazolam, por via oral ou intranasal, mostra-se mais adequado em contextos de curta duração, devido ao seu rápido início de ação. Ressalta-se que, independentemente do fármaco escolhido, a monitorização contínua e a avaliação prévia dos riscos são medidas imprescindíveis para garantir a segurança do paciente.

6.5. COMBINAÇÕES FARMACOLÓGICAS

Vários ensaios nacionais testaram combinações:

- Anti-inflamatório não esteroide + corticoide (Piccirillo e Mariano, 2001; Reis *et al.*, 2008; Kim *et al.*, 2009) – melhor controle da dor até 72 horas e edema reduzido quando comparado à monoterapia, embora trismo nem sempre é completamente revertido.
- Betametasona + dipirona potencializada vs. betametasona + clonixinato de lisina (Coura e Mariano, 1999) – dor semelhante; controle de edema variou sem significância; trismo não foi adequadamente controlado.
- Higiene do dorso da língua + betametasona/paracetamol no pré-operatório (Feltran e Mariano, 2001) – reduziu dor, edema e alveolite, destacando que medidas locais e de autocuidado integram o manejo multimodal.

A adoção de uma estratégia multimodal para o controle da dor e inflamação, que combine anestésicos locais de longa duração, anti-inflamatórios potentes (incluindo inibidores seletivos da Cox-2), corticosteroides quando indicados, além de medidas locais e orientação adequada ao paciente, tende a melhorar significativamente os desfechos clínicos de forma segura. No entanto, sua aplicação deve sempre considerar as contraindicações específicas e o perfil clínico individual de cada paciente, conforme recomendado por Franco *et al.*, (2006).

6.6. SEGURANÇA, COMORBIDADES E INDIVIDUALIZAÇÃO

A escolha entre inibidores da Cox-1 e Cox-2 deve ser orientada pela avaliação individualizada dos riscos do paciente. Estudos clássicos de Vane e Botting, (1998) e Brideau *et al.*, (1996) e análises sobre segurança gastrointestinal Hunt *et al.*, (2003)

indicam que pacientes com histórico de úlcera, hemorragia digestiva alta, uso de anticoagulantes ou idade avançada devem preferencialmente receber inibidores seletivos da Cox-2, associados à proteção da mucosa gastrointestinal. Contudo, o risco cardiovascular limita o uso rotineiro desses fármacos. Em grupos vulneráveis, como idosos, obesos e portadores de disfunção renal ou hepática, é fundamental revisar a dosagem, possíveis interações medicamentosas e a real necessidade do uso de corticosteroides ou benzodiazepínicos (Franco *et al.*, 2006). Ademais, estudos sobre sedação enfatizam a importância da monitorização rigorosa dos sinais vitais, incluindo frequência respiratória, oximetria de pulso, pressão arterial e pulso (Donaldson *et al.*, 2007; Teixeira e Quesada, 2004). Essa abordagem está alinhada aos achados de Alves *et al.*, (2013), que não identificou alterações clínicas relevantes com o uso de Alprazolam e Lorazepam nas doses avaliadas.

6.6.1 PROTOCOLO PERSONALIZADO E COMBINADO

Triagem pré-operatória

- Avaliar ansiedade e risco médico.
- Planejar previamente a duração do procedimento, considerando que esta influencia diretamente na escolha da técnica de sedação e do anestésico a ser utilizado (Franco *et al.*, 2006).

Anestesia local

- Preferir Bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000, visando duração prolongada nas primeiras 12 a 24 horas (Almeida *et al.*, 1991).
- Lidocaína 2% ou Prilocaína 3% são alternativas eficazes (Mariano *et al.*, 2000).

Analgesia base (dores moderadas a fortes)

- Opção A - Para pacientes com baixo risco cardiovascular e risco gastrointestinal moderado: administrar etoricoxibe 120 mg por via oral em dose única no início do procedimento; pode repetir a dose 90 a 120 mg nas 24 a 48 horas, conforme a bula e a elegibilidade do paciente (Malmstrom *et al.*, 2004; Hunt *et al.*, 2003; Mariano *et al.*, 2023).
- Opção B - Para pacientes com baixo risco gastrointestinal/sem Cox-2: administrar ibuprofeno 400 a 600 mg a cada 6 a 8 horas, por um período de 48 a 72 horas (Seymour e Walton, 1984; Moraes e Mariano, 1997).
- Evitar nimesulida 100 mg como escolha principal (Zardo *et al.*, 2004).

Anti-inflamatório esteroidal (redução edema/trismo)

- Dexametasona 4 a 8 mg administrada uma hora antes do procedimento (por via oral, intramuscular ou intravenosa), especialmente indicada em cirurgias mais traumáticas, com retalhos extensos ou nos casos em que o edema represente fator crítico para o paciente (Neupert *et al.*, 1992; Silveira e Mariano, 2004; Reis *et al.*, 2008; Kim *et al.*, 2009; Singh *et al.*, 2023).
- Considerar manter por 24 a 72 horas em casos selecionados, avaliando cuidadosamente a relação risco-benefício (Kim *et al.*, 2009).

Ansiolítico (escore de ansiedade e perfil)

- Lorazepam 1 a 2 mg por via oral, administrado de 60 a 90 minutos antes do procedimento (Alves *et al.*, 2013; Cogo *et al.*, 2006).
- Midazolam (via oral) indicado para procedimentos de curta duração e quando há necessidade de amnésia (Alzahrani e Wyne, 2012; Tostes Frazão, 2020).
- Em idosos, preferir lorazepam e doses menores (Cogo *et al.*, 2006).
- Monitoramento padrão durante o procedimento e alta acompanhada por responsável (Donaldson *et al.*, 2007; Teixeira e Quesada, 2004).

Medidas adjuvantes

- Higienização do dorso da língua e cuidados locais para reduzir alveolite (Feltran e Mariano, 2001).
- Fornecer orientações claras sobre o uso de medicação para resgate, recomendando paracetamol na dose de 500 a 750 mg, se necessário, intercalado com anti-inflamatórios não esteroidais, evitando a sobreposição de doses e possíveis interações medicamentosas.

Perfis especiais

- Em casos de alto risco gastrointestinal ou uso de anticoagulantes, considerar a utilização de inibidores seletivos da Cox-2 associados à proteção gastrointestinal ou o uso de paracetamol como analgesia base; evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais não seletivos em doses elevadas.
- Em pacientes com alto risco cardiovascular, recomenda-se preferir o uso de ibuprofeno em doses e duração reduzidas, evitando-se o uso de inibidores seletivos da Cox-2.
- Em pacientes idosos ou com insuficiência renal ou hepática, recomenda-se reduzir a dose, prolongar os intervalos entre as administrações e adotar cautela no uso de benzodiazepínicos e corticosteroides (Franco *et al.*, 2006).

Exemplo de protocolo combinado (adulto, ansiedade moderada, baixo risco cardiovascular, risco gastrointestinal controlado):

- Pré-operatório (60 a 90 minutos antes): Lorazepam 1 mg por via oral; Dexametasona 4 mg por via oral.
- Intra-operatório: Bupivacaína 0,5% com epinefrina 1:200.000 para bloqueios ou infiltrativas.
- Pós-operatório imediato: Etoricoxibe 120 mg por via oral, dose única.
- Pós-operatório 24 a 48 horas: Ibuprofeno 400 mg a cada 8 horas, se necessário; paracetamol 750 mg como medicação de resgate; além de medidas locais e higiene da língua. → Espera-se melhor controle da dor nas primeiras 24 horas (Malmstrom *et al.*, 2004; Mariano *et al.*, 2023), redução do edema e trismo (Neupert *et al.*, 1992; Silveira e Mariano, 2004), controle da ansiedade (Alves *et al.*, 2013), com segurança adequada em paciente selecionado (Hunt *et al.*, 2003; Donaldson *et al.*, 2007).

Limitações da evidência

- Diversos estudos apresentam limitações, como tamanhos amostrais reduzidos, heterogeneidade nos desfechos, especialmente nos métodos utilizados para medir edema e trismo, além de variações quanto à dose e à via de administração (Singh *et al.*, 2023; Kim *et al.*, 2009).
- Fármacos como o rofecoxibe não estão mais disponíveis em diversos mercados; embora seus resultados contribuam para a compreensão da classe dos inibidores de Cox-2, devem ser interpretados com cautela, especialmente sob a perspectiva regulatória.
- Observa-se falta de padronização quanto às comorbidades e cointervenções, como o uso de antibióticos, a técnica cirúrgica empregada e o tempo operatório.

7. CONCLUSÃO

Até o presente momento a revisão da literatura mostra a necessidade do estabelecimento de um protocolo medicamentoso eficaz para controle da dor, edema e trismo dos pacientes submetidos às extrações de dentes retidos. A utilização de corticoides em doses curtas e administradas no pré-operatório parece contribuir para o controle do edema e da dor pós-operatória. O uso dos anti-inflamatórios não esteroidais mostrou melhores resultados no controle da dor pós-operatória. O trismo ainda não foi totalmente controlado no pós-operatório dessas cirurgias bucais, sugerindo outros métodos alternativos para o retorno da abertura bucal de forma mais precoce após as extrações dentárias. Os resultados evidenciam que a sedação foi mais eficaz com o uso de determinados ansiolíticos, proporcionando melhor controle da ansiedade em procedimentos odontológicos invasivos. Os medicamentos avaliados demonstraram segurança clínica, com efeitos colaterais mínimos e sem impacto significativo nos sinais vitais dos pacientes. Esses achados reforçam a importância da escolha criteriosa da medicação sedativa, considerando o perfil do paciente e as características do procedimento, sempre com foco em uma abordagem individualizada e segura no manejo da ansiedade odontológica.

REFERÊNCIAS

- ABREU, J. Exodontia de terceiro molar: Controle da dor pós-operatória. Trabalho de Conclusão de Curso. **Faculdade EDUFOR**. São Luís. p. 11. 2022. Disponível em: <https://edufor.com.br/repositorio/wp-content/uploads/tainacan-items/3842/3849/Exodontia-de-terceiro-molar.pdf>. Acesso em: 5 out. 2024
- AHLSTROM, V.; BASKHI, R.; NILSSON, P.; WAHLANDER, L. The analgesic efficacy of diclofenac dispersible and ibuprofen in postoperative pain after dental extraction. **European journal of clinical pharmacology**. Heidelberg. v. 44, n. 6, p. 587-588. 1993. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02440865>. Acesso em: 28 ago. 2024
- ALBUQUERQUE, A.; FONTELES, C.; DO VAL, D.; CHAVES, H. et al. Effect of preemptive analgesia on clinical parameters and tissue levels of TNF-a and IL-1b in third molar surgery: a triple-blind, randomized, placebo-controlled study. **International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery**. Amsterdã. v. 46, n. 12, p. 1615-1625. 2017. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/24753/1/2017_art_afmalbuquerque.pdf. Acesso em: 5 out. 2024
- ALMEIDA, F. Estudo comparativo de duas soluções anestésicas associadas a betametasona, no controle de dor decorrente da remoção de terceiros molares mandibulares inclusos. Tese (Doutorado). Piracicaba. **Faculdade de Odontologia de Piracicaba**. 1991.
- AL-SUKHUN, J.; AL-SUKHUN, S.; PENTTILÄ, H.; ASHAMMAKHI, N. et al. Preemptive analgesic effect of low doses of celecoxib is superior to low doses of traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs. **Journal of Craniofacial Surgery**. Nova York. v. 23, n. 2, p. 526-529. 2012. Disponível em: https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/abstract/2012/03000/preemptive_analgesic_effect_of_low_doses_of.43.aspx. Acesso em: 5 out. 2024
- ÁLVAREZ, A.; ÁLVAREZ, M. Sedación oral: fundamentos clínicos para su aplicación en odontología. **CES Odontología**. Brasília. v. 19, n. 2, p. 61-73. 2008. Disponível em: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/165>. Acesso em: 1 nov. 2024
- ALVES, A.C.; SOUZA, T.S.S.; VIOLA, N.V.; MARIANO, R.C. Estudo comparativo da eficácia do controle da ansiedade em cirurgias de terceiros molares com o uso de alprazolam e lorazepam. Monografia (Graduação). Alfenas, MG. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas Unifal-MG. 2013.
- ALVES-FILHO, M.; BARRETO, J.; SILVA-JÚNIOR, S.; FREIRE, J. et al. Estudo retrospectivo das complicações associadas à exodontia de terceiros molares em um serviço de referência no sertão paraibano. **Archives of Health Investigation**. Três lagoas. v. 8, n. 7, p. 376-380. 2019. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/3810>. Acesso em: 5 out. 2024

ALZHRANI A.; WYNE A. Use of oral midazolam sedation in pediatric dentistry: a review. **Pakistan Oral & Dental Journal**. Paquistão. v. 32, n. 3, p. 4445-445. 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235554588_Use_of_oral_midazolam_sedation_in_pediatic_dentistry_a_review. Acesso em: 3 nov. 2024

ANDRADE, E. **Terapêutica medicamentosa em Odontologia**. 1.ed. São Paulo. Artes Médicas. 2000.

ANDRADE, E. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 2 ed. São Paulo. Artes Médicas. 2006.

ANDRADE, E. **Terapêutica medicamentosa em odontologia**. 3 ed. Porto Alegre. Artes Médicas. 2014. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536702148/>. Acesso em: 03 nov. 2024.

BARASUOL, J.; BUSATO, C.; FELIPAK, P.; MENEZES, J. Abordagem de Pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico. **Revista Associação Paulista Cirurgião Dentista**. São Paulo: v. 70, n. 1, p. 76-81. 2016. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762016000100013. Acesso em: 2 nov. 2024

BEAVER, W. Aspirin and acetaminophen as constituents of analgesic combinations. **Archives of internal medicine**. Chicago. v. 141, n. 3, p. 293-300. 1981. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/600797>. Acesso em: 29 ago. 2024

BOONSIRISETH, K.; KLONGNOI, B.; SIRINTAWAT, N.; SAENGSRINAVIN, C. et al. Comparative study of the effect of dexamethasone injection and consumption in lower third molar surgery. **International journal of oral and maxillofacial surgery**. Amsterdã. v. 41, n. 2, p. 244-247. 2012. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0901-5027\(11\)01567-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0901-5027(11)01567-0). Acesso em: 5 out. 2024

BRIDEAU, C.; KARGMAN, S.; LIU, S.; DALLOB A. et al. A human whole blood assay for clinical evaluation of biochemical efficacy of cyclooxygenase inhibitors. **Inflammation Research**. Berlim. v. 45, n. 2, p. 68-74. 1996. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02265118>. Acesso em: 4 out. 2024

BROWN, P.; MEHLISCH, D.; MINN, F. Tramadol hydrochloride: efficacy compared to codeine sulfate acetoaminophen with dextropropoxyphene and placebo in dental extraction pain. **European Journal of Pharmacology**. Amsterdã. v. 4, p. 183. 1990. Acesso em: 29 ago. 2024

BRUNTON, L.; CHABNER, B.; KNOLLMANN, B. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman**. 12 ed. São Paulo. Artmed. 2012.

BUESA-BAREZ, J.; MARTIN-ARES, M.; MARTÍNEZ-RODRIGUEZ, N.; BARONA-DORADO, C. et al. Masseter and temporalis muscle electromyography findings after

lower third molar extraction. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**. Barcelona. v. 23, n. 1, p. 92-97. 2018. Disponível em: doi:10.4317/medoral.21992. Acesso em: 4 out. 2024

CAMPBELL, W. Analgesic side effects and minor surgery: which analgesic for minor and day case surgery?. **British journal of anaesthesia**. Oxford. v. 64, n. 5, p. 617-620. 1990. Disponível em: [https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912\(17\)49873-4/pdf](https://www.bjanaesthesia.org/article/S0007-0912(17)49873-4/pdf). Acesso em: 28 ago. 2024

COGO K.; BERGAMASCHI C.; YATSUDA R.; VOLPATO M. et al. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo. v. 18, n. 2, p. 181-188. 2006. Disponível em: https://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/2_maio_agosto_2006/11_sedacao_consciente.pdf. Acesso em: 1 nov. 2024

COSTA, F.; ESSES, D.; SILVA, P.; CARVALHO, F. et al. Does the Preemptive Use of Oral Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs Reduce Postoperative Pain in Surgical Removal of Third Molars? A Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. **Anesthesia progress**. Schaumburg. v. 62, n. 2, p. 57-63. 2015. Disponível em: <https://anesthesiaprogress.kglmeridian.com/view/journals/anpr/62/2/article-p57.xml>. Acesso em: 5 out. 2024

COSTA, L.; DIAS, A.; PINHEIRO, L.; FERREIRA, R. et al. Perceptions of dentists, dentistry undergraduate students, and the lay public about dental sedation. **Journal of Applied Oral Science**. São Paulo. v. 12, n. 3, p. 182-188. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jaos/a/PPM6cPDHLVDjpbDDk9xPgxQ/?lang=en>. Acesso em: 3 nov. 2024

COURA, G. S.; MARIANO, R.C. Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação antiinflamatória (Meloxicam e Diclofenaco potássico) após a extração de terceiros molares inferiores inclusos. **Anais da 51ª Reunião Anual da SBPC**. Porto Alegre. 1999.

COURA, G.S.; MARIANO, R.C. Avaliação da eficácia de duas drogas com ação analgésica (dipirona potencializada e clonixinato de lisina) no pós-operatório de extrações de terceiros molares inferiores inclusos realizados após o uso de 4mg de betametasona. Monografia (Graduação). Alfenas, MG. Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, EFOA-Ceufe, Alfenas. 2001.

DERRY, S.; WIFFEN, P.; MOORE, A. Relative efficacy of oral analgesics after third molar extraction-a 2011 update. **British dental journal**. Londres. v. 211, n. 9, p. 419-420. 2011. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2011.905#citeas>. Acesso em: 4 out. 2024

DIONNE, R.; WIRDZEK, P.; FOX P.; DUBNER R. Suppression of postoperative pain by the combination of a nonsteroidal anti-inflammatory drug, flurbiprofen, and a long-acting local anesthetic, etidocaine. **Journal of the American Dental Association**. Chicago. v. 108, n. 4, p. 598-601. 1984. Disponível em: [https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(84\)84024-6/abstract](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(84)84024-6/abstract). Acesso em: 12 out. 2024

DONALDSON M.; GIZZARELLI G.; CHANPONG B. Oral Sedation: A primer on Anxiolysis for the Patient. **Anesthesia Progress**. Estados Unidos. v. 54, n. 3, p. 118-129. 2007. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1993866/>. Acesso em: 3 nov. 2024

FALCI, S.; LIMA, T.; MARTINS, C.; DOS SANTOS, C. et al Preemptive Effect of Dexamethasone in Third-Molar Surgery: A Meta-Analysis. **Anesthesia progress**. Schaumburg. v. 64, n. 3, p. 136-143. 2017. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5579814/>. Acesso em: 5 out. 2024.

FARIA F.; MARIANO, R. Avaliação do efeito de um protocolo medicamentoso (dipirona potencializada + betametasona + diazepam) no controle da dor, edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Monografia (Graduação). Alfenas. **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas**. 2008.

FELTRAN, K.P.; MARIANO, R.C. Avaliação da influência da raspagem do dorso de língua na incidência de alveolite pós-extração de terceiros molares inferiores e superiores retidos. Monografia (Graduação). Alfenas, MG. **Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas, EFOA-Ceufe**, Alfenas. 2001.

FERREIRA, S. Prostaglandins, Aspirin-like Drugs and Analgesia. **Nature New Biology**. Londres. v. 240, n. 102, p. 200-203. 1972. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/newbio240200a0#citeas>. Acesso em: 12 out. 2024.

FRANCO G.; COGO K.; MONTAN M.; BERGAMASCHI, C. et al. Interações medicamentosas: fatores relacionados ao paciente (Parte I). **Revista Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial**. São Paulo. v. 7, n. 1, p. 17-28. 2007.

GAUDERETO, O.; DIAS, F.; COSTA, A.; TERRA, F. et al. Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais. **Revista Brasileira de Odontologia**. Rio de Janeiro. v. 65, n. 1, p. 118-121. 2008.

GOLDBERG, M.; NEMARICH, A.; MARCO II, W. Complications after mandibular third molar surgery: a statistical analysis of 500 consecutive procedures in private practice. **Journal of the American Dental Association**. Filadélfia. v. 111, n. 2, p. 277-279. 1985. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3862695/>. Acesso em: 4 out. 2024.

HARDMAN, J.; LIMBIRD, L. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 9 ed. Nova York. McGraw-Hill. 1996.

HUFFMAN, G. Use of methylprednisolone sodium succinate to reduce postoperative. **Journal of oral surgery**. Des Plaines. v. 35, n. 3, p. 198-199. 1977. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/264521/>. Acesso em: 1 out. 2024

HUNT, R.; HARPER, S.; WATSON, D.; YU, C.; QUAN, H.; LEE, M. et al. The gastrointestinal safety of the COX-2 selective inhibitor etoricoxib assessed by both endoscopy and analysis of upper gastrointestinal events. *The American journal of*

gastroenterology. Bethesda. v. 98, n. 8, p. 1725-1733. 2003. Disponível em: [10.1111/j.1572-0241.2003.07598.x](https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.07598.x). Acesso em: 1 out. 2024

IMRAN, M.; REDDY, B.; ISLAM, M.; KHAN, A. et al. Role of Dexamethasone in reducing Postoperative Sequelae following Impacted Mandibular Third Molar Surgery: A Comparative Clinical Study. **Journal of Health Sciences & Research**. São Paulo. v. 8, n. 2, p. 53-60. 2017. Disponível em: <https://www.johsr.com/doi/JOHSR/pdf/10.5005/jp-journals-10042-1050>. Acesso em: 5 out. 2024

JERJES, W.; EL-MAAYTAH, M.; SWINSON, B.; BANU, B. et al. Experience versus complication rate in third molar surgery. **Head & Face Medicine**. Londres. v. 2, n. 14, p. 1. mai. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1746-160X-2-14>. Acesso em: 11 de out. 2024

KELLER, J.; MESSER, E. The use of intraoral dexamethasone after extraction of mandibular third molars. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology**. Amsterdã. v. 40, n. 5, p. 594-598. 1975. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0030422075903692>. Acesso em: 5 out. 2024

KIENCAŁO, A.; JAMKA-KASPRZYK, M.; PANAS, M.; WYSZYŃSKA-PAWELEC, G. Analysis of complications after the removal of 339 third molars. **Dental and medical problems**. Lublin. v. 58, n. 1, p. 75-80. 2021. Disponível em: <https://dmp.umw.edu.pl/pdf/2021/58/1/75.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2024

KIM, K.; BRAR, P.; JAKUBOWSKI, J.; KALTMAN, S. et al. The use of corticosteroids and nonsteroidal antiinflammatory medication for the management of pain and inflammation after third molar surgery: a review of the literature. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics**. Flórida. v. 107, n. 5, p. 630–640. jan. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19157919/>. Acesso em: 11 de out. 2024

KLAUDAT, B.; LONGONI, C.; SIMONETTI, T.; FREDDO, A. et al. Redução de dor, edema e trismo: Benefícios do uso da dexametasona via intramuscular como medicação preemptiva na cirurgia oral. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo-facial**. Camaragibe. v. 21, n. 4, p. 6-13. out/dez. 2021. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2021/04/Artigos/02ArtOriginalReducaodedorede maetrismo.pdf>. Acesso em: 5 out. 2024

LAUREANO-FILHO, J.; MAURETTE, P.; ALLAIS, M.; COTINHO, M. et al. Clinical comparative study of the effectiveness of two dosages of Dexamethasone to control postoperative swelling, trismus and pain after the surgical extraction of mandibular impacted third molars. **Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal**. Barcelona. v. 13, n. 2, p. 129-132. 2008. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv13_i2_pE129.pdf. Acesso em: 4 out. 2024

MALMSTROM, K.; SAPRE, A.; COUGLIN, H.; AGRAWAL, N. et al. Etoricoxib in acute pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active

comparator-controlled dose-ranging study. **Clinical therapeutics**. Amsterdã. v. 26, n. 5, p. 667-679. 2004. Disponível em: [https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(04\)90067-7/abstract](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(04)90067-7/abstract). Acesso em: 1 out. 2024

MARIANO, R.; SANTANA, S.; COURA, G. Análise comparativa do efeito anestésico da lidocaína 2 por cento e da prilocaína 3 por cento. **Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia**. Curitiba. v. 7, n. 27, p. 15-19. 2000.

MARIANO, R.; VILLELA, G.; DE MENEZES, P.; SARAIVA, M. et al. Does Etoricoxib or Dexamethasone Control Inflammatory Pain, Edema, and Trismus After Impacted Third Molar Surgery? A Double-Blind, Split-Mouth Randomized Clinical Trial. **Journal Of Anesthesia & Clinical Research**. Alfenas. v. 14, n. 3. p. 1-13. jun. 2023. Disponível em: <https://www.longdom.org/open-access/does-etoricoxib-or-dexamethasone-controlinflammatory-pain-edema-and-trismus-after-impacted-third-molar-surgery-adoubleblindsp100725.html#:~:text=Conclusion%3A%20Our%20findings%20indicated%20that,control%20of%20edema%20and%20trismus>. Acesso em: 25 ago. 2024

MARZOLA, C. **Técnica exodôntica**. 3 ed. São Paulo. Pancast, 2000.

MCQUAY, H.; CARROL, D.; GHEST, P.; ROBSON, S. et al. A multiple dose comparison of ibuprofen and dihydrocodeine after third molar surgery. **The British journal of oral & maxillofacial surgery**. Oxford. v. 31, n. 2, p. 95-100. 1993. Disponível em: [https://www.bjoms.com/article/0266-4356\(93\)90169-W/abstract](https://www.bjoms.com/article/0266-4356(93)90169-W/abstract). Acesso em: 28 ago. 2024.

MELO, W. M.; REIS, P.S.S.; MARIANO, R.C. Estudos comparativos entre três fármacos analgésicos/anti-inflamatórios usados nas extrações de terceiros molares inferiores retidos para controle da dor, edema e trismo. Monografia (Graduação). Alfenas, MG. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas, Unifal-MG, Alfenas. 2009.

MONTGOMERY, M.; HOGG, J.; ROBERTS, D.; REDDING, S. The use of glucocorticosteroids to lessen the inflammatory sequelae following third molar surgery. **Journal Oral Maxillofacial Surgery**. Amsterdã. v. 48, n. 2, p. 179-187. 1990. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0278239110802071>. Acesso em: 4 out. 2024

MORAES, M.; MARIANO, R. Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação analgésica (Tramadol e Ibuprofeno) após extração de terceiros molares inferiores inclusos. Dissertação (Mestrado). Piracicaba. **Faculdade de Odontologia de Piracicaba**, Universidade Federal de Campinas. 1997.

NEUPERT, E.; LEE, J.; PHILPUT, C.; GORDON, J. Evaluation of dexamethasone for reduction of postsurgical sequelae of third molar removal. **Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. Schaumburg. v. 50, n. 11, p. 1177-1182. 1992. Disponível em: [https://www.joms.org/article/0278-2391\(92\)90149-T/abstract](https://www.joms.org/article/0278-2391(92)90149-T/abstract). Acesso em: 1 out. 2024

NEVES, A.; FREITAS, R.; MARIANO, R. Avaliação da eficácia de duas drogas com ação analgésica e/ou miorreloxante nas extrações de terceiros molares retidos.

Monografia (Graduação). Alfenas. **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas Unifal-MG**. 2002.

OROZCO-SOLIS, M.; GARCIA-ÁVALOS, Y.; PICHARDO-RAMÍREZ, C.; TOBIAS-AZÚA, F. et al. Single dose of diclofenac or meloxicam for control of pain, facial swelling, and trismus in oral surgery. **Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal**. Barcelona. v. 21, n. 1, p. 127-134. 2016. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/20925.pdf>. Acesso em 4 out. 2024

PEIXOTO, R.; DOS SANTOS, D.; MENEZES, D.; DE ARAÚJO, D. et al. Controle da Dor Pós-Operatória em Cirurgia Oral: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. São Paulo. v. 15, n. 4, p. 465-470. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/10533/6855>. Acesso em: 5 out. 2024.

PEREZ, W. Complicações e impacto da remoção de terceiros molares na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de jovens e adultos. (Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas). Santa Maria. **Universidade Federal de Santa Maria**. 2017.

PETERSON, L.; ELLIS III, E.; HUPP, J.; TUCKER, M. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 4.ed., Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A. 2005.

PETERSON, L.; ELLIS III, E.; HUPP, J.; TUCKER, M. **Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea**. 2.ed., Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S. A. 2000.

PICCIRILLO, I; MARIANO, R. Avaliação da eficácia de duas drogas com ação antiinflamatória (betametasona e rofecoxib) no pré-operatório das extrações de terceiros molares inferiores inclusos. **Anais da 53ª Reunião Anual da SBPC**. Salvador. 2001.

PIMENTA, J.; MARIANO, R. Estudo clínico comparativo sobre a ação do Rofecoxibe e Ibuprofeno-Arginina na prevenção da dor, edema e trismo, decorrentes de extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Monografia (Graduação). Alfenas. **Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas**. 2002.

PITROS, P.; O'CONNOR, N.; TRYFONOS, A.; LOPES, V. A systematic review of the complications of high-risk third molar removal and coronectomy: development of a decision tree model and preliminary health economic analysis to assist in treatment planning. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**. Reino Unido. v. 58, n. 9, p. e16-e24. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32800608/>. Acesso em: 3 nov. 2024

RABELO, R.; GOMES, A. Corticosteroids and non-steroidal anti-inflammatory drugs in oral surgery: indication for use. **Research, Society and Development**. São Paulo. v. 11, n. 11, p. e223111133552. [s.l.]. ago. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33552>. Acesso em: 25 ago. 2024.

RANALI, J.; VOLPATO, M.; RAMACCIATO, J. Sedação Consciente em Implante Dental. **Revista Implant News**. São Paulo. v. 2, n. 2, p. 105-187. 2005. Acesso em 1 nov. 2024

RANG H.; DALE M.; RITTER J.; MOORE P. **Farmacologia**. 5 ed. Rio de Janeiro. Elsevier. 2004.

REIS, P.; MELO, W.; MARIANO, R. Estudos comparativos entre fármacos analgésicos/anti-inflamatórios usados nas extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Monografia (Graduação). Alfenas, MG. **Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Alfenas**. 2008.

RIENDEAU, D.; PERCIVAL, M.; BRIDEAU, C.; CHARLESON, S.; ETHIER, D. Etoricoxib (MK-0663): Preclinical Profile and Comparison with Other Agents That Selectively Inhibit Cyclooxygenase-2. **Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**. Bethesda. v. 296, n. 2, p. 558-566. 2001. Disponível em: <https://jpet.aspetjournals.org/content/296/2/558.short>. Acesso em: 16 out. 2024

SELIMOVIC, E.; IBRAHIMAGIC-SEPER, L.; SISIC, I.; SIVIC, S. et al. Prevention of trismus with different pharmacological therapies after surgical extraction of impacted mandibular third molar. **Medicinski Glasnik**. Tuzla. v. 14, n. 1, p. 145-151. 2017. Disponível em: <https://medicinskiglasnik.ba/article/286>. Acesso em: 5 out. 2024

SEYMOUR, R.; RAWLINS, M. Efficacy and pharmacokinetics of aspirin in post-operative dental pain. **British journal of clinical pharmacology**. Reino Unido. v. 13, n. 6, p. 807-810. 1982. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.1982.tb01870.x>. Acesso em: 12 out. 2024

SEYMOUR, R.; WALTON, J. Pain control after third molar surgery. **International journal of oral surgery**. Amsterdã. v. 13, n. 6, p. 457-485. 1984. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300978584800174?via%3Di> hub. Acesso em: 5 out. 2024.

SILVA, B.; MARIANO, R. Estudo comparativo sobre a ação do loxoprofeno sódico e rofecoxibe no alívio da dor, redução do edema e trismo pós-operatórios decorrentes das extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Monografia (Graduação). Alfenas. **Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas**. 2002.

SILVEIRA, R.; MARIANO, R. Avaliação da eficácia de dois fármacos com ação anti-inflamatória (Tenoxicam e Dexametasona) no controle da dor edema e trismo após extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Dissertação (Mestrado). Alfenas. **Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas**. 2004.

SINGH, A.; PENTAPATI, K.; KODALI, M.; SMRITI, K. et al. Efficacy of Preemptive Dexamethasone versus Methylprednisolone in the Management of Postoperative Discomfort and Pain after Mandibular Third Molar Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Scientific World Journal**. Nova York. v. 2023, n. 7412026, p. 12. abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2023/7412026>. Acesso em: 11 de out. 2024

TEIXEIRA, T.; QUESADA, G. TERAPIA ANSIOLÍTICA PARA PACIENTES ODONTOLÓGICOS. **Revista do Centro de Ciências da Saúde**. Santa Maria. v. 30,

n. 1-2, p. 100-103. 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/6400>. Acesso em: 1 nov. 2024.

TORTAMANO, N. **Guia terapêutico odontológico**. 2 ed. São Paulo. Ed. Santos, 1995.

TOSTES FRAZÃO, V. Midazolam: aspectos farmacológicos e seu uso em diferentes níveis de sedação. **Revista de Saúde**. Vassouras. v. 11, n. 1, p. 36–41. 2020. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/2065>. Acesso em: 3 nov. 2024

USTÜN, Y.; ERDOGAN, O.; ESEN, E.; KARSLI, E. Comparison of the effects of 2 doses of methylprednisolone on pain, swelling, and trismus after third molar surgery. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontics**. Amsterdã. v. 96, n. 5, p. 535-539. 2003. Disponível em: [https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104\(03\)00464-5/abstract](https://www.oooojournal.net/article/S1079-2104(03)00464-5/abstract). Acesso em: 5 out. 2024

PAPADOPOULOU, C.; SIFAKAKIS, I.; TOURNIS S. Metabolic bone diseases affecting tooth eruption: A narrative review. **Children (Basel)**. Suíça. v. 11, n. 6, p. 748. jun. 2024. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11202066/>. Acesso em: 13 nov. 2025

MATOS, A.; VIEIRA, L.; BARROS, L. TERCEIROS MOLARES INCLUSOS: revisão de literatura. **Psicologia e Saúde em debate**. Patos de Minas. v. 3, n. 1, p. 34–49. 2017. DOI: 10.22289/2446-922X.V3N1A4. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/89>. Acesso em: 13 nov. 2025.

OSUNDE, O.; ADEBOLA, R.; OMEJE U. Management of inflammatory complications in third molar surgery: a review of the literature. **Afr Health Sci**. Kampala. v. 11, n. 3, p. 530-537. 2011. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3261018/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

VANE, J.; BOTTING, R. Mechanism of Action of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs. **The American Journal of Medicine**. Amsterdã. v. 104, n. 3, p. 2S-8S. 1998. Disponível em: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(97\)00203-9/abstract](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(97)00203-9/abstract). Acesso em: 15 out. 2024

VICENTIN, C.; MARIANO, R. Estudo comparativo sobre a eficácia de duas drogas de ação antiinflamatória (Meloxicam e Diclofenaco potássico) após a extração de terceiros molares inferiores inclusos. **Anais da IV Jornada de Iniciação Científica de Alfenas**. Alfenas. p. 101. 1998.

ZARDO, M.; MARIANO, R. Avaliação do efeito da nimesulida no controle da dor, edema e trismo após as extrações de terceiros molares inferiores inclusos. Monografia (Graduação). Alfenas. **Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas**. 2004.