

**Qual o melhor anestésico local para meu paciente?  
Tabela das condições sistêmicas encontradas na clínica odontológica e  
a sua relação na escolha do sal anestésico e vasoconstritor**

*What is the best local anesthetic for my patient?  
Table of the systemic conditions found in the dental clinic and their  
relationship in the choice of anesthetic salt and vasoconstrictor*

**Beatriz Paraná Silva Costa**

Aluna da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói/RJ.

**Suelen Cristina Sartoretto Lorenzzi**

Pós – doutora em Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói/RJ.

**Marcelo José Pinheiro Guedes de Uzeda**

Professor de Cirurgia Oral Menor e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói/RJ.

**Rafael Seabra Louro**

Professor de Cirurgia Oral Menor e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói/RJ.

**Mônica Diuana Calasans Maia**

Professora de Cirurgia Oral Menor e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói/RJ.

**Rodrigo Figueiredo de Brito Resende**

Professor de Cirurgia Oral Menor e Anestesiologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói/RJ.

**Instituição na qual o trabalho foi realizado:** Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense Niterói/RJ.

**Categoria:** Revisão de literatura

**Informações do autor principal:**

Nome: Rodrigo Figueiredo de Brito Resende

Endereço: Rua Mário Santos Braga, 28, Faculdade de Odontologia.

E-mail: [resende.r@hotmail.com](mailto:resende.r@hotmail.com)

Telefone: (21) 997399282

## RESUMO

O uso de soluções anestésicas é realizada quase que diariamente pelos profissionais de odontologia. Entretanto, os anestésicos locais disponíveis no mercado apresentam-se sob a forma de soluções com composições e concentrações variadas, tanto com relação ao sal anestésico, vasoconstritor e seu preservativo. Talvez, pela grande variedade de associações, possa surgir diversas dúvidas quanto à melhor escolha durante a prática clínica diária, principalmente quando o mesmo apresenta algum tipo de doença sistêmica. Com isso, o objetivo desse trabalho é realizar uma revisão de literatura das melhores indicações e possíveis contraindicações de soluções anestésicas locais disponíveis no mercado nacional, relacionando com doenças sistêmicas que comumente são atendidas na clínica odontológica.

**Palavras – Chave:** Odontologia; Anestésico local; Cirurgia oral.

## ABSTRACT

The use of anesthetic solutions is performed almost daily by dental professionals. However, the local anesthetics available on the market come in the form of solutions with varying compositions and concentrations, both with respect to the anesthetic salt, vasoconstrictor and its preservative. Perhaps, due to the wide variety of associations, several doubts may arise regarding the best choice during daily clinical practice, especially when it presents some type of systemic disease. Thus, the objective of this work is to carry out a literature review of the best indications and possible contraindications for local anesthetic solutions available in the national market, relating to systemic diseases that are commonly seen in the dental clinic.

**Key words:** Dentistry; Local anesthetic; Oral surgery.

## I. INTRODUÇÃO

Na odontologia, a dor pode estar associada a uma doença que acomete a cavidade bucal ou mesmo à realização do procedimento odontológico, onde na maioria das vezes, necessita da administração de solução anestésica local para o controle dessa sensação. (ANDRADE, 2014; HUPP ET AL, 2015)

As soluções de anestésicos locais são definidas na literatura como drogas que possuem a função de bloquear temporariamente a condução nervosa em parte do corpo, determinando perda das sensações sem que haja perda da consciência pelo paciente. Estas substâncias produzem a abolição de funções autonômicas e sensitivas motoras, pois ocorre o comprometimento das fibras periféricas obedece à sequência de primeiro as autonômicas, depois as responsáveis pela sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, a seguir as relações de pressão e vibração e por último as proprioceptivas e motoras. A recuperação dessas funções ocorrerá de ordem inversa. (MALAMED, 2013; ANDRADE, 2014)

Atualmente, existem dois grandes grupos de sais anestésicos utilizados pelos profissionais de Odontologia: o do tipo éster, que foram os primeiros a serem desenvolvidos e utilizados. Entretanto, não mais encontrados na forma injetável (apenas de forma tópica: benzocaína) em virtude de sua elevada taxa de alergia. O segundo tipo, o grupamento amida, foi introduzido no mercado odontológico em 1943 após a criação da lidocaína (considerada desde então o “padrão ouro” do mercado) e que logo se tornou o anestésico mais utilizado devido a apresentar-se com melhores características clínicas quando comparados aos ésteres. Em seguida, novos anestésicos deste grupo foram desenvolvidos para sua utilização como a prilocaína, mepivacaína, bupivacaína e a mais recente à articaína. Cada um desses sais anestésicos apresenta diferentes características clínicas e com isso, vantagens, desvantagens, indicações e contraindicações, onde deve ser selecionada à partir de um minucioso exame clínico do paciente, correlacionando diretamente com o procedimento a ser realizado. (ARAÚJO ET AL, 2007; MALAMED, 2013; ANDRADE, 2014)

Entretanto os sais anestésicos produzem diferentes graus de vasodilatação (mepivacaína à menor e a bupivacaína à maior). A vasodilatação acentuada facilita a velocidade de absorção, aumentando sua toxicidade e diminuindo a duração e a efetividade da ação anestésica local. A duração da ação anestésica é proporcional ao tempo em que a droga permanece em contato com as fibras nervosas. Com isso, a adição de drogas vasoconstritoras ao sal anestésico prolonga o tempo de duração do efeito e diminui a toxicidade sistêmica. A velocidade de absorção da droga é reduzida, e os anestésicos não passam tão rapidamente para a circulação, permanecendo por mais tempo no local da injeção. Conseqüentemente, com a utilização de vasoconstritores, necessita-se de menor quantidade de anestésico local para um efetivo bloqueio nervoso. (MALAMED, 2013; ANDRADE, 2014)

O uso de soluções anestésicas é realizada quase que diariamente pelos profissionais de odontologia. Entretanto, os anestésicos locais disponíveis no mercado apresentam-se sob a forma de soluções com composições e concentrações variadas, tanto com relação ao sal anestésico, vasoconstritor e seu preservativo. Talvez, pela grande variedade de associações, possa surgir diversas dúvidas quanto à melhor escolha durante a prática clínica diária, principalmente quando o mesmo apresenta algum tipo de doença sistêmica. O que é visto no dia a dia da clínica Odontológica, é que em muitos casos, profissionais acabam elegendo apenas um tipo de solução anestésica local para todos os

tipos de procedimentos que executa, entretanto, a padronização de uma solução para uso geral nem sempre satisfaz as necessidades clínicas e o bem estar dos pacientes. (MALAMED, 2013; ANDRADE, 2014)

Além disso, sabemos que quando indicamos o atendimento de pacientes sistemicamente comprometidos, o cirurgião dentistas necessita tomar algumas precauções devido ao uso de outros fármacos pelo paciente ou mesmo à características de suas doenças. Onde muitas vezes, podem ocorrer complicações durante ou mesmo após a utilização dos anestésicos locais. (ARAÚJO ET AL, 2007; MALAMED, 2013; ANDRADE, 2014; HUPP ET AL, 2015)

## II. REVISÃO DE LITERATURA

**Tabela I: Condição sistêmica e a melhor escolha de anestésico local**

Condição sistêmica	Sal anestésico de escolha	Vasoconstritor de escolha	Observações clínicas
<b>Arritmia cardíaca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 2 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 4 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) com dose máxima de 0,27UI/sessão – 5 tubetes – ASA III e IV.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em paciente portador de marcapasso, equipamentos que emanam micro-ondas (bisturi elétrico, ultrassom ou qualquer outro), não devem ser utilizados.<sup>2,4</sup></li> <li>• Avaliar medicação utilizada pelo paciente (Ex.: anticoagulante).<sup>1,2,4</sup></li> </ul>
<b>Acidente vascular cerebral (AVC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconizar o atendimento ao paciente após 6 meses (devido à alta taxa de recorrência).<sup>1,2,4</sup></li> <li>• Avaliar medicação utilizada pelo paciente (Ex.: anticoagulante).<sup>1,2,4</sup></li> </ul>

<p><b>Angina pectoris</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 2 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 4 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) com dose máxima de 0,27UI – 5 tubetes – ASA III e IV.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter sempre disponíveis no consultório Isordil<sup>®</sup> (SL) – vasodilatador e AAS<sup>®</sup> (VO) – anticoagulante, para casos de crise.<sup>2,4</sup></li> <li>• Realizar controle de ansiedade antes do início do procedimento (farmacológico e/ou não farmacológico).<sup>2,4</sup></li> </ul>
<p><b>Infarto agudo do miocárdio (IAM)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 2 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 4 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) com dose máxima de 0,27UI – 5 tubetes – ASA III e IV.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preconizar o atendimento ao paciente acometido após 6 meses (devido à alta taxa de recorrência).<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Ter sempre disponíveis no consultório Isordil<sup>®</sup> (SL) – vasodilatador e AAS<sup>®</sup> (VO) – anticoagulante, para casos de crise.<sup>2,4</sup></li> <li>• Realizar controle de ansiedade antes do início do procedimento (farmacológico e/ou não farmacológico).<sup>2,4</sup></li> <li>• Avaliar medicação utilizada pelo paciente (Ex.: anticoagulante).<sup>1,2,4</sup></li> </ul>
<p><b>Usuários de anticoagulantes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,2,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para pacientes usuários de Varfarina deve-se evitar a prescrição de paracetamol e AINES.<sup>1,2</sup></li> <li>• Solicitar INR do paciente (para atendimento: deve estar até 4).<sup>5,6</sup></li> </ul>

<p><b>Anormalidades cardíacas que predispõem à endocardite bacteriana</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de profilaxia antibiótica em condição padrão com Amoxicilina via oral, e nos casos de pacientes alérgicos às penicilinas utilizar Cefalexina, Clindamicina ou Azitromicina.<sup>1,2,4</sup></li> </ul>
<p><b>Hipertensão arterial (PA ≥ 130 X 80 mmHg – estágio I)<sup>7</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 2 tubetes.<sup>1,2,3</sup></li> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 4 tubetes.<sup>1,2,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) com dose máxima de 0,27UI – 5 tubetes – ASA III e IV.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar a prescrição de AINES seletivos e específicos para COX-2 (Nimesulida, Meloxicam, Celecoxibe, entre outros dos grupos).<sup>1</sup></li> </ul>
<p><b>Paciente renal crônico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Articaina; Cloridrato de Lidocaína; Cloridrato de Prilocaina e Cloridrato de Bupivacaína.<sup>1,3</sup></li> <li>• Em qualquer sal anestésico, deve-se reduzir em 30% a dose máxima por consulta.<sup>8</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de vasoconstritor.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o uso da Cloridrato de Mepivacaína, cujas metabolização hepática e excreção renal são mais lentas.<sup>1</sup></li> </ul>
<p><b>Asma</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Prilocaina 3%;</li> <li>• Cloridrato de Mepivacaína 3%.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pacientes com asma crônica possuem comumente hipersensibilidade à sulfitos (antioxidantes de vasoconstritores): epinefrina, norepinefrina, corbadrina ou fenilefrina;<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Caso faça uso crônico de corticosteroide, tratá-lo como paciente com insuficiência suprarrenal.<sup>1,2,3,4</sup></li> </ul>

<p><b>Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o posicionamento supino da cadeira.<sup>2,4</sup></li> <li>• Atendimento no período da tarde.<sup>2,4</sup></li> <li>• Caso faça uso crônico de corticosteroide, tratá-lo como paciente com insuficiência suprarrenal.<sup>2,4</sup></li> </ul>
<p><b>Hipertireoidismo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 2 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 4 tubetes.<sup>1,2,3,4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente descompensado é contraindicado o uso de epinefrina. Logo, em caso de <b>emergência</b>, deve-se utilizar Cloridrato de Mepivacaína 3% ou Cloridrato de Prilocaina 3% com Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>
<p><b>Hipotireoidismo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de redução de ansiedade não farmacológico.<sup>2,4</sup></li> <li>• Os sintomas iniciais do hipotireoidismo incluem fadiga, constipação, ganho de peso, rouquidão, cefaleia, artralgia, distúrbios menstruais, edema, pele seca, cabelos e unhas quebradiços.<sup>2,4</sup></li> </ul>
<p><b>Diabetes mellitus</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 3 tubetes.<sup>3</sup></li> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 6 tubetes.<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir do terceiro tubete ocorre alteração na glicemia do paciente, visto que a epinefrina é antagonista da insulina.<sup>3</sup></li> </ul>
<p><b>Transplante renal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Articaina; Cloridrato de Lidocaína; Cloridrato de Prilocaína e Cloridrato de Bupivacaína.<sup>1,3</sup></li> <li>• Em qualquer sal anestésico, deve-se reduzir em 30% a dose máxima por consulta.<sup>8</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de vasoconstritor.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar (ou modificar) fármacos que dependam da excreção renal.<sup>1,2,4</sup></li> <li>• Evitar o uso de fármacos nefrotóxicos (AINES).<sup>1,2,4</sup></li> <li>• Tratamento odontológico após 24h a diálise (heparina).<sup>1,2,4</sup></li> <li>• Evitar o uso da Cloridrato de Mepivacaína, cujas metabolização hepática e excreção renal são mais lentas.<sup>1</sup></li> </ul>

<b>Gravidez</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º escolha: Cloridrato de Bupivacaína 0,5%;</li> <li>• 2º escolha: Cloridrato de Lidocaína 2%.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:200.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 4 tubetes.<sup>1,3</sup> (ou)</li> <li>• Epinefrina (1:100.000) com dose máxima de 0,04mg/sessão – 2 tubetes.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A tetraciclina e o Estolato de Eritromicina são contraindicados em qualquer período da gestação.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• Metronidazol é contraindicado no primeiro trimestre.<sup>1,2,3,4</sup></li> <li>• A Felipressina apresenta ações ocitócicas, contraindicando seu uso a pacientes grávidas.<sup>1,3</sup></li> </ul>
<b>Lactantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,2,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferir fármacos que sejam pouco excretados no leite materno, como paracetamol e penicilinas.<sup>1,2,4</sup></li> <li>• Programar a administração do fármaco para que o período de concentração máxima não coincida com o período de amamentação.<sup>1,2,4</sup></li> </ul>
<b>Insuficiência suprarrenal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruir o paciente a dobrar a dose usual diária no dia anterior, no dia e 1 dia após a cirurgia.<sup>2,4</sup></li> <li>• No segundo dia pós-cirúrgico, orientar o paciente a retornar para uma dose usual de esteroide.<sup>2,4</sup></li> </ul>
<b>Etilismo (Alcoolismo)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Articaina 4%.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraindicado uso de Benzodiazepínicos, pois este medicamento pode ter o seu efeito depressor do SNC potencializado.<sup>1,2,3,4</sup></li> </ul>
<b>Usuários de cocaína ou crack (menos de 24 horas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Prilocaina 3% ;</li> <li>• Cloridrato de Mepivacaína 3%.<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O tratamento odontológico planejado deve ser adiado se o paciente tiver usado cocaína nas 24h prévias à consulta, ou quando houver suspeita de seu uso.<sup>1,3</sup></li> </ul>



<b>Usuários de cocaína ou crack (mais de 24 horas)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O paciente usuário nem sempre assume a condição, contudo, existem sinais que podem ser observados, tais como: agitação, tremores, aumento da frequência cardíaca (avaliada pelo pulso carotídeo) e lesões de pele na região ventral do antebraço ou na mucosa nasal.<sup>1,3</sup></li> </ul>
<b>Distúrbios convulsivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer controle de ansiedade, não expor o paciente à fadiga e evitar a hipoglicemia.<sup>2,4</sup></li> <li>• Considerar ter níveis séricos anticonvulsivos medidos se o consentimento do paciente for questionável.<sup>2,4</sup></li> </ul>
<b>Idoso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Articaina 4%.<sup>1,3</sup></li> <li>• Porém, deve-se reduzir em 30% a dose máxima por consulta.<sup>6</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epinefrina (1:100.000 ou 1:200.000) – dose máxima 0,2mg.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como esse grupo de pacientes apresenta a função hepática reduzida, a escolha desse sal anestésico diminui as chances de uma possível toxicidade, visto que 90 à 95% é metabolizado no plasma sanguíneo.<sup>1,3</sup></li> </ul>
<b>Antidepressivos tricíclicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há restrição quanto ao tipo de sal anestésico.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felipressina (0,03UI) – Não há dose máxima descrita.<sup>1,3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fármacos indicados para o tratamento sintomático de depressão e outras síndromes depressivas.<sup>1,3</sup> (Doxepina; Nortriptilina; Clorimipramina; Imipramina; Amitriptilina)</li> </ul>

**Tabela II: Duração dos anestésicos locais<sup>3</sup>**

<b>Curta duração (=30 min)</b>	<b>Duração intermediária (= 60 min)</b>	<b>Longa duração (≥ 90 min)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Mepivacaína à 3%</li> <li>• Cloridrato de Lidocaína à 2%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Articaina à 4% + epinefrina 1:100.000</li> <li>• Cloridrato de Lidocaína à 2% + epinefrina 1:100.000</li> <li>• Cloridrato de Mepivacaína à 2% + epinefrina 1:100.000</li> <li>• Cloridrato de Prilocaina à 3% + felipressina 0,03UI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cloridrato de Bupivacaína à 0,5% + epinefrina 1:200.000</li> </ul>

**Tabela III: Doses máximas atualizadas dos anestésicos locais<sup>3,9</sup>**

Anestésico local	Dose máxima em mg/kg	Dose máxima em mg
Lidocaína	7	500
Mepivacaína	6,6	400
Prilocaína	8	600
Articaína	7	700
Bupivacaína	2	90

### III. CONCLUSÃO

Em decorrência da maior expectativa de vida da população brasileira e do crescente número de pacientes com doenças sistêmicas atendidos no dia a dia da clínica odontológica, é fundamental que o cirurgião - dentista saiba selecionar o melhor anestésico local para cada paciente atendido, proporcionando assim, uma maior segurança ao tratamento odontológico. Isso sempre deve ser realizado através de um minucioso exame clínico e pelo procedimento que será realizado, em virtude do tempo necessário de anestesia e hemostasia na região.

### REFERÊNCIAS

1. Andrade, E. D. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia - Artes Médicas, 3ª ed., 2014.
2. Hupp, JR et al. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea - Elsevier, 6ª ed., 2015.
3. Malamed, S. F. Manual de Anestesia Local - Elsevier, 6ª ed., 2013.
4. Araújo, A et al. Aspectos atuais da Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial - Santos, 1ª ed., 2007.
5. Beirne OR. Evidence to continue oral anticoagulant therapy for ambulatory oral surgery. J Oral Maxillofac Surg, 2005 63(4): 540-5.
6. Madrid C; Sanz M. What influence do anticoagulants have on oral implant therapy? A systematic review. Clin Oral Implants Res, 2009 20(4) 96 - 106.

7. AHA, Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines, 2017.
8. Braz, JRC. Temas de anestesiologia. Artes Médicas, 2º ed, 2000.
9. <https://www.fda.gov>, visto em 02 de janeiro de 2020 às 20:38.