



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

DIABETES MELLITUS TIPO 1 E 2 E ALTERAÇÕES ENDODÔNTICAS:
CONFECCÃO DE MANUAL EDUCATIVO

VICTOR BRENDON KODANI DOS SANTOS

BELÉM – PARÁ

2020

VICTOR BRENDON KODANI DOS SANTOS

**DIABETES MELLITUS TIPO 1 E 2 E ALTERAÇÕES ENDODÔNTICAS:
CONFECÇÃO DE MANUAL EDUCATIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal
do Pará como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Jorge Moraes Silva
Co-orientadora: Prof^a. MSc. Larissa Pillar Gomes
Martel

BELÉM – PARÁ

2020

VICTOR BRENDON KODANI DOS SANTOS

**Diabetes Mellitus Tipo 1 e 2 e Alterações Endodônticas:
Confecção de Manual Educativo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal
do Pará como requisito parcial para obtenção do
grau de Bacharel em Odontologia.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Luciana Jorge Moraes Silva
Faculdade de Odontologia / UFPA – Orientadora

Prof. Dr. Oscar Faciola Pessoa
Faculdade de Odontologia / UFPA – Examinador

Prof. Dr. Erick Nelo Pedreira
Faculdade de Odontologia / UFPA – Examinador

Prof^a. Dr^a. Cláudia Pires Rothbarth
Faculdade de Odontologia / UFPA – Suplente

Avaliado em: ____/____/____

Conceito: _____

BELÉM – PARÁ

2020

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me permitir ter o privilégio de chegar até a conclusão deste curso de graduação e estar cada vez mais perto de me tornar cirurgião dentista. A minha orientadora, Prof^a. Luciana Mores Silva pela paciência e disponibilidade de compartilhar seus conhecimentos comigo, que junto a minha Co-orientadora Prof^a Larissa Pillar e a equipe de professores de endodontia da Faculdade de Odontologia - UFPA me ensinaram os caminhos desta especialidade e contribuíram pela escolha do tema deste TCC. Aos meus queridos amigos Amanda, Dandara, Eryylla e Gabriel que estiveram sempre ao meu lado nestes 5 anos de graduação, carregando vocês e todas as nossas experiências junto a mim.

Agradeço e dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus pais, que mesmo à quilômetros de distância sempre estiveram ao meu lado, me apoiando e aconselhando a cada passo, acreditaram no meu potencial e não mediram esforços para me dar sempre o melhor que podiam. A vocês, o amor mais genuíno e verdadeiro que posso ter. Obrigado!

“Se eu vi mais longe, foi por estar nos ombros de gigantes.”
(NEWTON, 1667).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Manual educativo, página 1	14
Figura 2. Manual educativo, página 2	15
Figura 3. E-Book, página 1	25
Figura 4. E-Book, página 2	25
Figura 5. E-Book, página 3	25
Figura 6. E-Book, página 4	25
Figura 7. E-Book, página 5	26
Figura 8. E-Book, página 6	26

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO	10
2. MATERIAL E MÉTODOS	12
4. DISCUSSÃO	16
4.1 A DIABETES MELLITUS EM NÚMEROS	16
4.2 CONSEQUÊNCIAS ORAIS DA DIABETES	16
4.3 CORRELAÇÃO ENTRE DIABETES E LESÕES ENDODÔNTICAS	17
4.4 CONDUTA ENDODÔNTICA EM PACIENTES DIABÉTICOS	18
4.5 ANESTÉSICOS LOCAIS	20
4.6 CONDUTA TERAPÊUTICA	20
4.7 URGÊNCIA	21
5. CONCLUSÃO	22
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
7. ANEXOS	25

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo confeccionar um manual educativo para alunos da graduação em odontologia com o intuito de fundamentar suas condutas durante o tratamento endodôntico de pacientes portadores de diabetes mellitus (DM) tipo 1 e 2. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e Web of Science com a finalidade de realizar uma revisão de literatura para o suporte teórico. O manual foi confeccionado com uma linguagem clara e coesa, disponibilizando informações e dados sobre diabetes, seus sintomas orais, tratamento e acompanhamento endodôntico. A literatura demonstra que a lesão periapical crônica pode ter influência sistêmica, aumentando a resistência à insulina e piorando o controle glicêmico, por outro lado, pacientes diabéticos descompensados ao serem tratados endodonticamente podem ter maior demora no processo de cura e reparo tecidual. As consultas devem priorizar o horário matutino ou devem evitar o pico de ação da insulina e deve-se evitar iniciar procedimentos clínicos com glicemia capilar inferior a 70mg/dl ou superior a 250mg/dl associado a sinais e sintomas de hipoglicemia, para evitar urgências na cadeira odontológica. O uso de anestésico local com epinefrina ou felipressina é seguro, respeitando a dosagem máxima por paciente, o uso de AINEs é contraindicado devido seu efeito potencializador de hipoglicemiantes. Devido a alterações no processo de cicatrização, a lesão periapical pode regredir de forma mais lenta, sendo necessário um acompanhamento clínico e radiográfico mais detalhado e por um período de tempo maior. A confecção do manual educativo sobre alterações endodônticas e conduta do paciente com diabetes mellitus tipo 1 e 2, mostra-se um recurso educacional importante para alertar à comunidade acadêmica sobre como conduzir o tratamento endodôntico em uma infecção endodôntica, sintomática ou assintomática.

Palavras-chave: Abscesso periapical, complicações do diabetes, endodontia

ABSTRACT

The present study aims to produce an educational manual for undergraduate dentistry students in order to substantiate their conduct during endodontic treatment of patients with type 1 and 2 diabetes mellitus (DM). A bibliographic search was made in the databases PubMed, Scielo and Web of Science with the purpose to perform a literature review for theoretical support. The manual was prepared in a clear and cohesive language, providing information and data on diabetes, its oral symptoms, treatment and endodontic follow-up. The literature demonstrates that chronic periapical injury may have systemic influence, increased insulin resistance and worsening glycemic control, on the other hand, decompensated diabetic patients when being treated endodontically may have a longer delay in the correction and healing process. Consultations should prioritize morning hours or avoid peak insulin action and avoid starting clinical procedures with capillary glycemia lower than 70mg/dl or higher than 250mg/dl associated with hypoglycemic signs and symptoms, to avoid emergencies in dental chair. The use of local anesthetic with epinephrine or felipressin is safe, respecting the maximum dosage per patient, the use of NSAIDs is contraindicated due to its potentiating effect of hypoglycemic agents. Forcing changes in the healing process, the periapical lesion may regress slowly, requiring more detailed clinical and radiographic monitoring and for a longer period. The preparation of the educational manual on endodontic changes and the conduct of patients with type 1 and 2 diabetes mellitus is an important educational resource to alert the academic community on how to conduct endodontic treatment in an endodontic, symptomatic or asymptomatic infection.

Keywords: Periapical abscess, diabetes complications, endodontics.

1. INTRODUÇÃO

Doenças sistêmicas são constantemente correlacionadas com infecções orais devido seus fatores de riscos em comum e suas influências no resultado do tratamento endodôntico, no entanto, existem poucos estudos e evidências sobre o caso, uma vez que, a maioria dos estudos focam na longevidade dos dentes na cavidade oral e não na saúde periapical¹. Sabe-se que distúrbios sistêmicos podem alterar as funções imunológicas e consequentemente afetar o processo de cura. A correlação entre alterações orais e Diabetes Mellitus tem sido alvo de estudos para uma melhor compreensão sobre a relação entre processos inflamatórios orais e doenças sistêmicas, e consequentemente melhor prognóstico².

A Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças geneticamente heterogêneas que afetam o metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos, caracterizada por hiperglicemia resultante de defeitos na ação ou secreção de insulina^{3,4,5}. Esta patologia se desenvolve devido uma deficiência na secreção de insulina pelas células β no pâncreas e/ou resistência à insulina nos músculos e fígado^{2,3}. A DM afeta mais de 9% da população adulta e tem impacto no sistema de saúde, devido à elevada morbidade entre a população afetada⁶.

A DM tipo 1 (também conhecida como insulín-dependente) ocorre devido a destruição autoimune das células β pancreáticas por células de defesa, que pode levar à perda total de secreção de insulina. A DM tipo 2 é causada por uma resistência à insulina nos músculos e fígado combinada a uma falha na produção de insulina, está frequentemente relacionada à obesidade devido à elevação dos ácidos graxos livres, que inibem a captação de glicose, a síntese de glicogênio e a glicólise; além disso, em um terço dos indivíduos obesos, pode ocorrer a apoptose das células β resultando em uma produção inadequada de insulina^{5,6}. Sua etiologia é multifatorial, podendo ter uma interação entre fatores genéticos, epigenéticos e ambientais⁵.

Se não controlada, a DM pode apresentar sintomas orais como candidíase oral, gengivite, periodontite, síndrome da boca ardente, mucomicose, aspergilose, líquen plano oral, distúrbios do paladar, língua geográfica, estimular feridas traumáticas, atraso na cicatrização de feridas e infecções pós-cirúrgicas. O fluxo sanguíneo colateral diminuído em pacientes diabéticos resulta em um envelhecimento pulpar mais rápido, quando comparado com pacientes não diabéticos, algumas vezes essa alteração pode levar a isquemia, causando necrose pulpar⁷ e problemas na

cicatrização de feridas. Manifestações sistêmicas e orais podem estar presentes em pacientes com DM devido ao quadro de hiperglicemia que eleva os níveis de marcadores de inflamação sistêmica, e alteração nas funções do sistema imunológico³.

A atividade pulpar também pode ser comprometida devido a alterações no sistema antioxidante do tecido causado por uma DM não controlada⁷. A DM pode ser um fator modulador para infecções endodônticas, além de poder comprometer o processo de cicatrização dos tecidos periapicais, uma vez que, com as respostas imunes comprometidas, pode haver um aumento da suscetibilidade a infecções e levar a uma predisposição a doenças bucais, como infecções pulpares e periapicais³.

Há uma frequência de 74-90% de lesões perirradiculares com origem pulpar em pacientes diabéticos, o paciente com DM a longo prazo tem um número maior de dentes comprometidos quando comparados a pacientes com DM a curto prazo. A alta frequência de lesões perirradiculares em pacientes diabéticos pode ter várias causas, por exemplo, as muitas mudanças quantitativas e qualitativas na flora microbiana oral, alterações na defesa do sistema imunológico contra infecções e alterações patológicas na polpa e tecido perirradicular, falta de conscientização dos pacientes sobre o efeito do diabetes na saúde bucal, infecções dentárias assintomáticas, problemas de saúde bucal e falta de visitas regulares ao dentista⁷.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo reunir em um manual voltado para estudantes de odontologia informações sobre Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 e sua correlação com alterações endodônticas e seus tratamentos, uma vez que, é papel do cirurgião dentista estar apto para reconhecer os sinais e sintomas da DM, assim como saber proceder corretamente no encaminhamento e conduta odontológica e especificamente na Endodontia de pacientes diabéticos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A fim de se obter referencial teórico para a construção do manual, foi realizado pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e Web of Science, utilizando os descritores: “*odontology*”, “*endodontic*”, “*diabetes*” e “*hyperglycemic*”, foram selecionados inicialmente 73 artigos por título. Além disso, foi usado o Atlas de Diabetes (2019) da *International Diabetes Federation*, dados da *American Diabetes Association* e livros de endodontia e terapêutica medicamentosa.

Segundo o critério de inclusão, foram selecionados 19 editoriais e artigos publicados na língua inglesa e portuguesa, com ideias claras e condizentes com o tema deste trabalho. Os trabalhos selecionados foram em sua maioria publicados entre 2010-2020, tendo apenas um artigo de 2006 e um de 2008.

Trata-se de um estudo com abordagem voltada para a construção de um manual educativo sobre a correlação de alterações endodônticas e Diabetes Mellitus tipo 1 e 2. Elaborado de forma concisa, com linguagem clara e de fácil acesso para um melhor entendimento e interpretação.

O manual foi feito pela plataforma de design Canva Pro da empresa Canva Pty Ltda, de onde foram obtidas todas as imagens, desenhos e design. O formado folder dividido em seis partes iguais foi o escolhido por ser compacto e de fácil manejo. Devido a pandemia de Covid-19 e o isolamento social neste ano de 2020, o material também foi disponibilizado no formato e-Book, para melhor alcance do público alvo.

3. RESULTADOS

O material foi confeccionado com linguagem simples e concisa para facilitar a leitura, entendimento e aprendizado dos alunos de odontologia, foi dividido em seis partes com informações sobre a correlação entre diabetes mellitus, a odontologia e a endodontia.

Na primeira página é apresentado o tema a ser abordado, a data e o local de confecção do manual; na segunda página é feito uma pergunta para prender a atenção do leitor e logo depois é explicado o que é Diabetes Mellitus, seus dois principais tipos e é explanado os dados mundiais sobre a doença para que o leitor entenda que a DM é uma doença em crescente expansão pelo mundo e perceba a necessidade de estar apto a tratar estes pacientes.

As próximas páginas trazem como foco principal o acolhimento do paciente no consultório odontológico, por exemplo, a terceira página mostra as consequências orais da DM não controlada e exemplifica os sinais e sintomas que podem ser percebidos pelo cirurgião dentista, além de especificar alterações endodônticas em pacientes que convivem com a diabetes por um longo período; a quarta página é voltada para a conduta endodôntica, dando destaque para a anamnese detalhada, exames clínicos e radiográficos para um diagnóstico mais preciso, é explanado o melhor horário para atendimento e níveis aceitáveis de glicemia capilar durante as sessões de tratamento e o tempo entre as consultas de acompanhamento, uma vez que a regressão da lesão pode ser mais lenta.

Na quinta página é apresentado informações importantes para o atendimento odontológico de pacientes diabéticos, como qual anestésico local usar, analgésicos e anti-inflamatórios apropriados, quais medicamentos evitar e como agir em caso de urgência na cadeira odontológica; na sexta página foram listados os nomes das pessoas responsáveis por confeccionar o manual (Figuras 1 e 2).

ANESTÉSICOS LOCAIS

O uso de anestésico local com epinefrina 1:100.000 pode ser administrado até 3 a 4 tubetes por sessão, e prilocaína associada a felipressina respeitando a dosagem máxima (fazer cálculo habitual).



ANALGÉSICOS E ANTI-INFLAMATÓRIOS

É seguro fazer uso de dipirona ou paracetamol para controle da dor leve a moderada e dexametasona ou betametasona em caso de edema e dor severa em pacientes com diabetes controlada. Deve-se evitar o uso de AINES, devido seu efeito potencializador de hipoglicemiantes.

URGÊNCIA

Em caso de hipoglicemia (glicose no sangue com níveis sanguíneos inferiores a 40-50mg/dL) deve-se administrar uma solução contendo 15g a 20g de carboidratos (120ml de suco/refrigerante ou 240ml de leite desnatado). Se houver perda de consciência, recomenda-se a administração intramuscular ou subcutânea de glucagon ou solução aquosa de glicose a 50%, por via endovenosa, durante 2 a 3 minutos.



Este material educativo foi apresentado como proposta de intervenção em saúde no Trabalho de Conclusão de Curso do discente Victor Brendon Kodani dos Santos, do curso de Odontologia da UFPA.

EQUIPE RESPONSÁVEL

Prof^a Dr^a Luciana Jorge Moraes Silva
Orientadora

Prof^a Msc Larissa Pillar Gomes Martel
Coorientadora

Victor Brendon Kodani dos Santos
Discente orientado

*Todas as imagens e design deste manual foram retiradas do programa Canva Pro.



DIABETES MELLITUS TIPO 1 E 2 E ENDODONTIA

Manual Educativo

Belém, Pará
Setembro de 2020

Figura 1. Manual educativo, Página 1

CONDUTA ENDODÔNTICA

ANAMNESE E EXAME CLÍNICO

- Anamnese detalhada, pois 1 a cada 2 pacientes não sabem que convivem com a diabetes;
- Atenção para o nível de glicemia em jejum e hemoglobina glicada, além dos medicamentos em uso e outras comorbidades;
- Exame clínico minucioso, fazer sondagem em caso de doenças periodontais e radiografias periapicais em caso de suspeita de doença cárie.

TRATAMENTO

- Os procedimentos devem ser realizados prioritariamente pelo turno da manhã e deve-se orientar o paciente a se alimentar corretamente antes da consulta;
- Evitar procedimentos em pacientes com glicemia capilar inferior a 70mg/dl (ministrar alimento açucarado) ou a cima de 250mg/dl acompanhada de sinais e sintomas de hiperglicemia (encaminhar para o pronto atendimento).



ACOMPANHAMENTO

- É comum perceber uma maior demora na regressão de lesões perirradiculares e o número de insucesso do tratamento endodôntico é maior em pacientes diabéticos;
- Deve-se fazer acompanhamento clínico e radiográfico frequente e por um período prolongado a fim de certificar-se sobre o sucesso do tratamento endodôntico.

DIABETES E ODONTOLOGIA

Se não controlada, a diabetes pode manifestar sintomas na cavidade oral, tais como:

- Gengivite;
- Periodontite;
- Xerostomia;
- Disgenesia;
- Infecção pulpar;
- Atraso na cicatrização.



Como nem todos os pacientes diabéticos são diagnosticados, fique atento a glicemia capilar elevada em associação a sinais e sintomas como poliúria, sede e fome frequente, fadiga, fraqueza, cansaço, visão turva, náuseas, letargia, dor abdominal, dispnéia, alterações visuais, sonolência, irritabilidade, taquicardia, hipotensão postural, hipotermia, respiração de Kussmaul e hálito cetônico.

DIABETES E ENDODONTIA

Pacientes com DM não controlada apresentam uma inflamação pulpar mais aguda, além de possuírem uma desordem crônica no metabolismo de carboidratos e lipídios, ficando mais susceptíveis a cáries e doenças periodontais.

Assim como a doença periodontal, a lesão periapical crônica pode ter influência sistêmica, aumentando a resistência à insulina e consequentemente piorando o controle glicêmico

O QUE É DIABETES MELLITUS (DM)?

A diabetes mellitus (DM) é um grupo de doenças geneticamente heterogêneas que afetam o metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídeos, caracterizada por hiperglicemia resultante de defeitos na ação ou secreção de insulina.

A DM tipo 1 é conhecida como insulina-dependente, ocorre devido a destruição autoimune das células β pancreáticas, o diagnóstico é comumente dado na infância.



A DM tipo 2 é causada por uma resistência a insulina nos músculos e fígado, está frequentemente associada a obesidade e sedentarismo.

A DM NO MUNDO



- 424,9 milhões de pessoas entre 20 a 79 anos convivem com diabetes no mundo;
- Apenas metade dessas pessoas possuem diagnóstico confirmado;
- A DM acomete cerca de 9% (16,8 milhões) de brasileiros;
- Mais de 95 mil crianças e adolescentes foram diagnosticadas com DM tipo 1 até 2019 no Brasil.

4. DISCUSSÃO

4.1 A DIABETES MELLITUS EM NÚMEROS

Diabetes Mellitus (DM) é um crescente problema de saúde pública caracterizado por um distúrbio metabólico. Mundialmente, 424,9 milhões de pessoas de 20 a 79 anos convivem com a diabetes, estima-se que até 2045 este número tenha um salto para 628,6 milhões de pessoas. Os países em desenvolvimento equivalem a 79% desses casos, onde possivelmente também irá ocorrer o maior aumento de casos na próxima década. No Brasil, a DM acomete cerca de 9% (16,8 milhões) de pessoas entre 20 e 79 anos, no entanto, estima-se que 41% dessas pessoas ainda não tiveram a doença diagnosticada, além disso, mais de 95 mil crianças e adolescentes foram diagnosticados com diabetes mellitus tipo 1 até o ano de 2019 no território brasileiro⁸.

A International Diabetes Federation (IDF) estima que 1 a cada 11 pessoas convivam com diabetes no mundo, no entanto, apenas metade dessas pessoas tem a doença diagnosticada. A DM tipo 1 é a principal causa de hiperglicemia em crianças, é causada por uma ação autoimune que provoca ataques às células beta-pancreáticas produtoras de insulina, seus principais sintomas são sede excessiva, visão turva, enurese, micção frequente, fadiga, perda de energia, fome constante e perda repentina de peso. A DM tipo 2 constitui o tipo mais comum de diabetes, as células humanas passam a ter uma resistência à insulina, resultando em hiperglicemia, este quadro causa um aumento na produção de insulina com o tempo, podendo resultar na falha das células beta-pancreáticas, seus sintomas são parecidos com a DM tipo 1, apesar de muitas vezes serem muito mais brandos^{8,9}.

4.2 CONSEQUÊNCIAS ORAIS DA DIABETES

A diabetes tem consequências orais reversíveis e irreversíveis em todos os tecidos moles e duros do periodonto, do dente e da mucosa oral. Estas alterações são comumente visíveis em pacientes com o controle da doença negligenciado, seja por falta de adaptação ao tratamento ou por subnotificação da condição. Existem relatos na literatura que mostram uma maior prevalência de doença periodontal, sua

severidade pode estar diretamente relacionada ao grau de controle metabólico, presença de comorbidades e o tempo em que o paciente convive com a DM¹⁰.

A principal condição gerada pela DM que está diretamente relacionada com alterações na cavidade oral é a hiperglicemia, esta alteração pode ocasionar ou potencializar xerostomia, alterações periodontais, disgeusia, aumento da suscetibilidade a infecções, e alterações na polpa dentária e periápice⁶.

É papel do cirurgião dentista estar preparado para reconhecer os sinais e sintomas da DM, assim como saber proceder corretamente no encaminhamento e conduta odontológica de pacientes diabéticos.

4.3 CORRELAÇÃO ENTRE DIABETES E LESÕES ENDODÔNTICAS

Pacientes com diabetes não controlada apresentam uma inflamação pulpar mais aguda devido ao maior escoamento vascular e migração celular, além de possuir uma desordem crônica no metabolismo de carboidratos e lipídios, ficando mais sujeitos a injúrias gengivais e dentais, tais como cáries e doença periodontal. Devido a deficiência de circulação colateral na polpa dental, condições potencializadas pela diabetes, como periodontites, podem infeccionar a polpa dental via forame apical. Estudos em ratos demonstraram que o aumento da colagenase pela DM pode contribuir para uma progressão mais rápida de necrose pulpar, causando mudanças irreversíveis na polpa dental¹¹.

Ferreira *et. al.* (2014)¹² demonstraram em seus estudos uma maior prevalência de dentes com periodontites apicais em pacientes diabéticos (90%) em relação a não diabéticos (52.4%), além disso, 77.5% dos dentes tratados endodonticamente em diabéticos apresentavam lesões perirradiculares, em contrapartida a 40% em não diabéticos. Ao investigar dentes já tratados endodonticamente, 44.3% dos dentes de diabéticos apresentavam lesões, enquanto no grupo controle apenas 17.3%. Estas lesões também podem interferir no controle glicêmico do paciente, uma vez que representam uma infecção¹².

A periodontite apical é uma doença causada por bactérias anaeróbias Gram negativas que pode ocasionar o aumento de níveis de mediadores inflamatórios, desta forma, a DM pode potencializar esta condição, podendo estar associada a elevada prevalência de inflamações periapicais e a uma maior demora na regressão

dessas lesões devido aos elevados níveis de glicose, causando uma menor capacidade de reparação celular^{6,4}. A lesão periapical crônica se assemelha a doença periodontal por ambas serem causadas por inflamação crônica devido a colonização de bactérias patogênicas gram-negativas e por possuírem elevados níveis de mediadores inflamatórios com impactos sistêmicos⁸.

Desse modo, observa-se em alguns casos principalmente de pacientes portadores de DM não-controlados, dificuldade na remissão dos sinais e sintomas clínicos relacionados à periodontites apicais, tais como persistência de exsudato e sintomatologia dolorosa. Então pacientes com história de DM não controlada, devem ser orientados a procurar o médico que o acompanha para controle da doença, somente assim a terapia endodôntica obterá um bom prognóstico. Assim como a doença periodontal, a lesão periapical crônica pode ter influência sistêmica, aumentando a resistência à insulina e consequentemente piorando o controle glicêmico¹³.

4.4 CONDUTA ENDODÔNTICA EM PACIENTES DIABÉTICOS

A anamnese deve ser conduzida de forma minuciosa, pois estima-se que metade dos pacientes diabéticos não sabem que convivem com a doença, o cirurgião dentista deve estar preparado para reconhecer os sinais e sintomas e saber agir, solicitar exames e encaminhar para o médico especialista em caso de suspeitas^{8,13}. A anamnese do paciente já diagnosticado deve ser detalhada, levando em consideração o nível recente de glicemia em jejum e de hemoglobina glicada, além dos medicamentos em uso e outras comorbidades que possam interferir na conduta clínica¹³.

O tratamento de pacientes com diabetes controlada, sem outras complicações como doença renal, aterosclerose coronária ou hipertensão pode ocorrer de forma normal, assim como na população em geral. No entanto, na presença de infecções agudas, alguns pacientes insulíndependentes podem precisar aumentar a dose de insulina e pacientes que não fazem uso deste medicamento podem necessitar desta prescrição. O cirurgião dentista deve entrar em contato direto com o médico, uma vez que apenas este profissional pode alterar e receitar doses de insulina¹⁴.

Os procedimentos devem ser prioritariamente agendados durante os horários matutinos, pois os níveis de cortisol endógeno estão mais elevados nesse período, desta forma os níveis de açúcar no sangue estão elevados, no caso de pacientes que fazem uso de insulina, o procedimento deve ser agendado em horários que não coincidam com o pico de atividade do fármaco, a fim de evitar quadro de hipoglicemia¹³. Deve-se orientar o paciente a alimentar-se corretamente antes de chegar ao consultório odontológico⁸. É recomendado aferir os níveis de glicemia capilar antes do procedimento odontológico, assim como aferir pressão arterial para um melhor controle clínico, sempre levando em consideração o horário de ingestão dos medicamentos e de alimentos^{13,15}.

O cirurgião dentista deve evitar qualquer procedimento em pacientes com glicemia capilar inferior a 70 mg/dl, nesses casos, é recomendado ministrar ao paciente alimentos hiperglicêmicos para ingestão, como um bombom, refrigerante ou pedir para o paciente se alimentar¹⁵. Os sinais e sintomas de hipoglicemia perceptíveis na cadeira odontológica podem variar entre confusão mental, tremores, agitação, diaforese e taquicardia¹⁴. Também não é recomendado prosseguir com procedimentos clínicos quando a glicemia estiver acima de 250 mg/dl acompanhada de sinais e sintomas, como náuseas, letargia, dor abdominal, dispneia, alterações visuais, sonolência, irritabilidade, taquicardia, hipotensão postural, desidratação, hipotermia, respiração de Kussmaul e hálito cetônico. Nesses casos, o paciente pode estar em quadro de cetoacidose, sendo necessário o encaminhamento para o pronto atendimento¹⁵.

Devido a prevalência de lesões perirradiculares maiores e o tempo de cura retardado observado em pacientes diabéticos e a maior taxa de insucessos endodônticos em pacientes com baixo controle glicêmico, é importante fazer um acompanhamento clínico e radiográfico frequente e por um período satisfatório para se ter certeza que o tratamento foi bem-sucedido².

Pacientes com DM por um longo período podem evoluir para casos de doença renal e precisarem de hemodiálise, nesses casos, os procedimentos odontológicos devem ser realizados um dia após a hemodiálise, dessa forma o paciente estará mais descansado e os riscos de hemorragias são menores. Deve-se entrar em contato com o médico do paciente para discutir as necessidades de medicamentos específicos durante o tratamento¹⁴.

4.5 ANESTÉSICOS LOCAIS

O uso de anestésicos locais é seguro em pacientes com DM controlada, em procedimentos rápidos recomenda-se mepivacaína 3%, no entanto, no caso de procedimentos mais prolongados, é necessário o uso de anestésicos com vasoconstritores¹⁶, sempre respeitando a dose máxima do medicamento¹⁷. É indicado anestésicos com epinefrina 1:100.000¹⁵, respeitando o uso de 3 a 4 tubetes por sessão, uma vez que a epinefrina pode causar um efeito farmacológico oposto à insulina em pacientes com DM descompensada, e prilocaína associada a felipressina¹⁷, pois esta não altera os níveis de glicemia, frequência cardíaca e pressão arterial^{15,18}.

A anestesia local prolongada com efeitos em tecidos moles, como língua e lábios, pode causar um desconforto ao paciente mesmo após o término da consulta, resultando em um adiamento da ingestão de alimentos até que a sensação tátil retorne, podendo resultar em um pico de hiperglicemia. Nestes casos, após o procedimento, pode-se administrar doses de mesilato de fentolamina para a reversão do efeito do anestésico local em tecidos moles¹⁶.

4.6 CONDUTA TERAPÊUTICA

Os estudos de Fernandes *et al.* (2015) demonstram que não é necessário terapia antibiótica profilática para procedimentos em pacientes com DM controlada¹⁹. Em situações de dores leves a moderadas, o cirurgião dentista pode prescrever dipirona e paracetamol nas dosagens e posologia administradas a pacientes em condições normais. Para situações com edema e dores mais severas, pode-se fazer uso de betametasona e dexametasona, administrado em no máximo duas doses, pois estas drogas podem ocasionar quadros de hiperglicemia¹⁷. Embora seu uso na odontologia seja restrito e por períodos curtos de tempo, os AINEs devem ser evitados por sua capacidade de potencializar os efeitos dos hipoglicemiantes, recomenda-se o uso preferencial de corticoides¹⁸.

Em casos de pacientes com comprometimentos renais em hemodiálise, deve-se evitar o uso de drogas com metabolismo renal ou nefrotóxicas. A aspirina (AAS) e o acetaminofeno (paracetamol) são eliminados pela diálise, suas doses precisam ser ajustadas, assim como a penicilina e amoxicilina¹⁴.

4.7 URGÊNCIA

Os sintomas de hipoglicemia podem variar de mais brandos, como ansiedade, sudorese, e taquicardia, até mais graves, como convulsão, alteração do estado mental e perda de consciência¹³. O procedimento deve ser interrompido imediatamente caso o paciente apresente crise hipoglicêmica, é necessário aferir os níveis de glicogênio capilar, se necessário, administrar uma solução contendo 15g a 20g de carboidratos (120ml de suco/refrigerante ou 240ml de leite desnatado). Após 15 minutos da recuperação do paciente, deve-se aferir novamente os níveis de glicose e acompanhar seus sinais vitais¹⁷.

Se ocorrer perda de consciência, recomenda-se a administração intramuscular ou subcutânea de 1g de glucagon^{13,19} ou solução aquosa de glicose a 50%, por via endovenosa, durante 2 a 3 minutos¹⁷. A emergência hipoglicêmica na cadeira odontológica pode ser evitada pelo cirurgião dentista colhendo informações sobre o momento de administração e quantidade de insulina ministrada ao paciente e sobre suas refeições¹⁴.

5. CONCLUSÃO

- A diabetes é uma doença em constante crescimento em todo o mundo, o cirurgião dentista deve estar apto para o acolhimento, exame clínico e de imagem, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com DM.
- A confecção do manual educativo sobre alterações endodônticas e conduta do paciente com diabetes mellitus tipo 1 e 2, mostra-se um recurso educacional importante para alertar à comunidade acadêmica sobre como conduzir o tratamento endodôntico em uma infecção endodôntica, sintomática ou assintomática.
- Há uma prevalência de 74% a 90% de lesões perirradiculares em pacientes com DM.
- O horário de atendimento deve ser preferencialmente no período matutino.
- Cuidado na prescrição de medicamentos para evitar interações medicamentosas e respeitar o limite de anestésico local a ser administrado.
- A regressão da lesão perirradicular é mais lenta e a taxa de insucessos é elevada.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Laukkanen E, Vehkalahti MM, Kotiranta AK. Impact of systemic diseases and tooth-based factors on outcome of root canal treatment. *International endodontic journal*. 2019;52:1417-1426.

- 2 - Cintra LTA, Estrela C, Azuma MM, Queiroz IODA, Kawai T, Gomes-Filho JE. Endodontic medicine: interrelationships among apical periodontitis, systemic disorders, and tissue responses of dental materials. *Brazilian Oral Research*. 2018;32

- 3 - Gomes-Filho JE, Queiroz IODA, Watanabe S, Cintra LTA, Ervolino E. Influence of diabetes mellitus on the mineralization ability of two endodontic materials. *Brazilian Oral Research*. 2016;30(1).

- 4 - Reis APDS. Diabetes Mellitus e sua influência no sucesso do tratamento endodôntico: um estudo clínico retrospectivo [Tese de Mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2012 [cited 2020 Sep 2]. 27 s. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/36497> Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

- 5 - Segura-Egea JJ, Martin-González J, Castellanos-Cosano L. Endodontic medicine: connections between apical periodontitis and systemic diseases. *International Endodontic Journal*. 2015;48(10):933-951.

- 6 - Segura-Egea JJ, Castellanos-Cosano L, Machuca G. Diabetes mellitus, periapical inflammation and endodontic treatment outcome. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*. 2012;17(2):356.

- 7 - Mesgarani A, Haghanifar S, Eshkevari N, Ehsani M, Khafi S, Nafarzade S, Damankesh Z. Frequency of odontogenic periradicular lesions in diabetic patients. *Caspian journal of internal medicine*. 2014;5(1)

- 8 - International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 9^a edição; 2019. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>.

- 9 - Kidambi S, Patel S. Diabetes mellitus: considerations for dentistry. *The Journal of the American Dental Association*. 2008;139:8S-18S.

- 10 - American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2015;38:S8-S16.

- 11 - Catanzaro O, Dziubecki D, Lauria LC, Ceron CM, Rodriguez RR. Diabetes and its effects on dental pulp. *Journal of oral science*. 2006;48(4):195-199
- 12 - Ferreira CM, Gomes FDA, Uchoa CC. Prevalence of apical periodontitis in diabetic patients. *Brazilian Journal in Health Promotion*. 2014;27(2):163-168.
- 13 - Chakravarthy PVK. Diabetes mellitus: An endodontic perspective. *European journal of general dentistry*. 2013;2(3):241.
- 14 - Hargreaves KM, Cohen S. Caminhos da Polpa. Tradução de Pathways Of The pulp. 11th ed. St. Louis Mosby; 2011.
- 15 - Oliveira AEF, Haddad AE. Odontologia para pacientes com comprometimento sistêmico. EDUFMA. 2018;
- 16 - Malamed SF. Manual de anestesia local. Tradução de: Handbook of local anesthesia. 6th ed. Elsevier Health Sciences; 2013. 428 p.
- 17 - Oliveira TF, Mafra RP, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Conduta odontológica em pacientes diabéticos: considerações clínicas. *Odontologia Clínico-Científica*. 2016;15(1):1-5.
- 18 - Andrade ED. Terapêutica medicamentosa em odontologia. 3rd ed. São Paulo: Artes Médicas; 2014. 237 p.
- 19 - Fernandes KS, Glick M, de Souza MS, Kokron CM, Gallottini M. Association between immunologic parameters, glycemic control, and post extraction complications in patients with type 2 diabetes. *The Journal of the American Dental Association*. 2015 ago;146(8):592-599.

7. ANEXOS

ANEXO 1

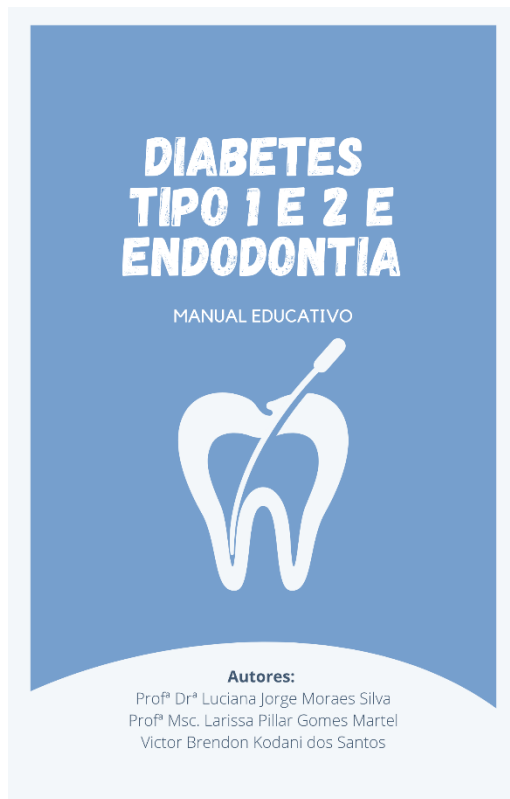


Figura 3. E-Book, página 1.



Figura 4. E-Book, página 2.

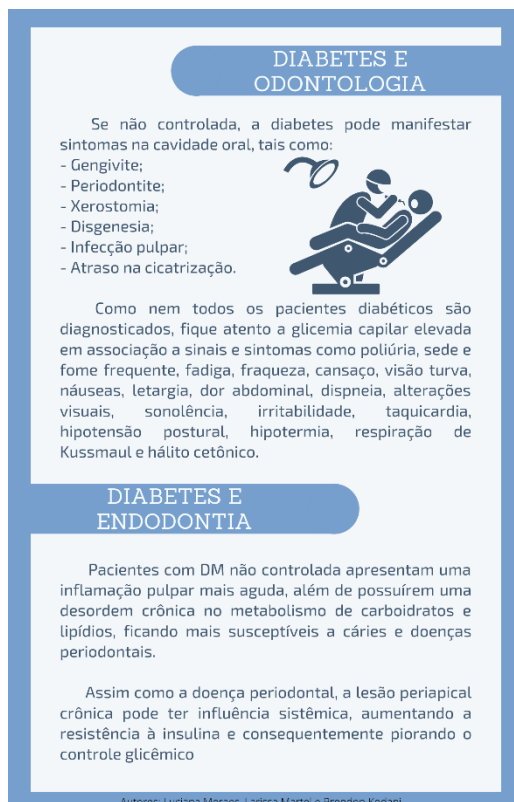


Figura 5. E-Book, página 3.

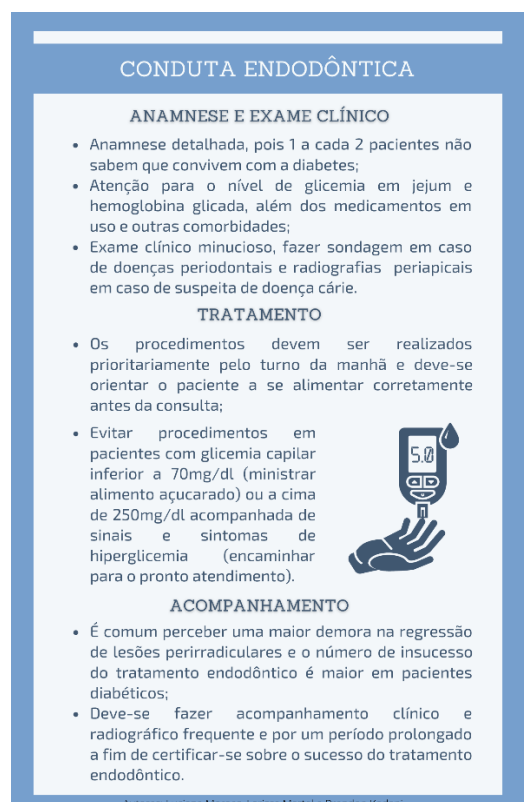


Figura 6. E-Book, página 4.



Figura 8. E-Book, página 5.

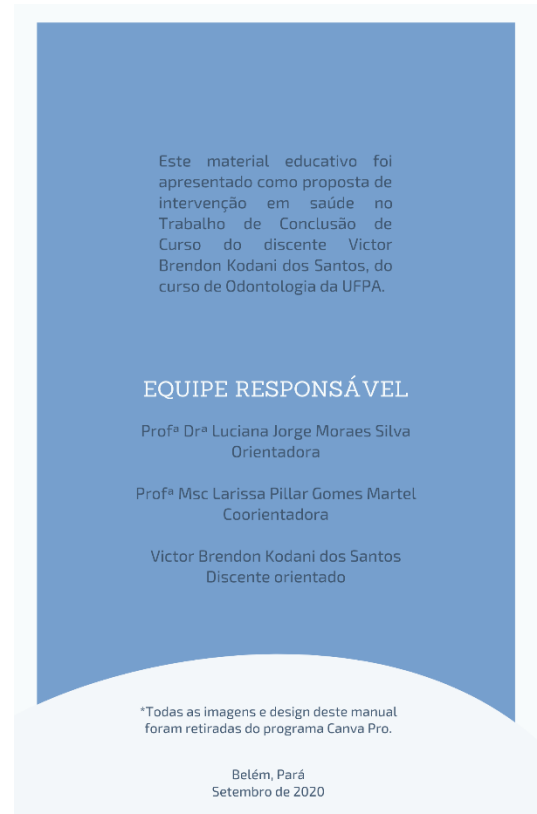


Figura 9. E-Book, página 6.

ANEXO 2

NORMA DE APRESENTAÇÃO DE ORIGINAIS DENTAL PRESS ENDODONTICS

— O Dental Press Endodontics publica artigos de investigação científica, revisões significativas, relatos de casos clínicos e de técnicas, comunicações breves e outros materiais relacionados à Endodontia, tendo a missão de difundir os avanços científicos e tecnológicos nessa área, que contribuam significativamente à comunidade de pesquisadores em níveis local, regional e internacional, visando à publicação da produção técnico-científica, relacionada à saúde e, especialmente, à Endodontia.

— O Dental Press Endodontics utiliza o GNPapers, um sistema on-line de submissão e avaliação de trabalhos. Para submeter novos trabalhos visite o site: www.dentalpressjournals.com.br

— Outros tipos de correspondência poderão ser enviados para: Dental Press International
Av. Dr. Luiz Teixeira Mendes, 2.712 - Zona 5 CEP 87.015-001, Maringá/PR Tel.: (44) 3033-9818 E-mail: artigos@dentalpress.com.br

— As declarações e opiniões expressas pelo(s) autor(es) não necessariamente correspondem às do(s) editor(es) ou publisher, os quais não assumirão qualquer responsabilidade pelas mesmas. Nem o(s) editor(es) nem o publisher garantem ou endossam qualquer produto ou serviço anunciado nessa publicação ou alegação feita por seus respectivos fabricantes. Cada leitor deve determinar se deve agir conforme as informações contidas nessa publicação. A Revista ou as empresas patrocinadoras não serão responsáveis por qualquer dano advindo da publicação de informações errôneas.

— Os trabalhos apresentados devem ser inéditos e não publicados ou submetidos para publicação em outra revista. Os manuscritos serão analisados pelo editor e consultores, e estão sujeitos a revisão editorial. Os autores devem seguir as orientações descritas a seguir.

ORIENTAÇÕES PARA SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS

— Os trabalhos devem, preferencialmente, ser escritos em língua inglesa.

— Apesar de ser oficialmente publicado em inglês, o Dental Press Endodontics conta ainda com uma versão em língua portuguesa. Por isso serão aceitas, também, submissões de artigos em português.

— Nesse caso, os autores deverão também enviar a versão em inglês do artigo, com qualidade vernacular adequada e conteúdo idêntico ao da versão em português, para que o trabalho possa ser considerado aprovado.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

— Submeta os artigos usando o website: www.dentalpressjournals.com.br

— Organize sua apresentação como descrito a seguir.

1. Autores

— o número de autores é ilimitado; entretanto, artigos com mais de 4 autores deverão informar a participação de cada autor na execução do trabalho.

2. Página de título

— deve conter título em português e em inglês, resumo e abstract, palavras-chave e keywords.

— não devem ser incluídas informações relativas à identificação dos autores (por exemplo: nomes completos dos autores, títulos acadêmicos, afiliações institucionais e/ou cargos administrativos). Elas deverão ser incluídas apenas nos campos específicos no site de submissão de artigos. Assim, essas informações não estarão disponíveis para os revisores.

3. Resumo/Abstract

— os resumos estruturados, em português e inglês, de 250 palavras ou menos são os preferidos.

— os resumos estruturados devem conter as seções: INTRODUÇÃO, com a proposição do estudo; MÉTODOS, descrevendo como o mesmo foi realizado; RESULTADOS, descrevendo os resultados primários; e CONCLUSÕES, relatando, além das conclusões do estudo, as implicações clínicas dos resultados.

— os resumos devem ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave, também em português e em inglês, adequadas conforme orientações do DeCS (<http://decs.bvs.br/>) e do MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh).

4. Texto

— o texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões, Referências, e Legendas das figuras.

— os textos devem ter no máximo 3.500 palavras, incluindo legendas das figuras e das tabelas (sem contar os dados das tabelas), resumo, abstract e referências.

— as figuras devem ser enviadas em arquivos separados (leia mais abaixo).

- insira as legendas das figuras também no corpo do texto, para orientar a montagem final do artigo

5. Figuras

- as imagens digitais devem ser no formato JPG ou PNG, em RGB ou tons de cinza, com pelo menos 7 cm de largura e 300 DPIs de resolução.
- devem ser enviadas em arquivos independentes.
- se uma figura já foi publicada anteriormente, sua legenda deve dar todo o crédito à fonte original.
- todas as figuras devem ser citadas no texto.

6. Gráficos e traçados cefalométricos

- devem ser citados, no texto, como figuras.
- devem ser enviados os arquivos que contêm as versões originais dos gráficos e traçados, nos programas que foram utilizados para sua confecção.
- não é recomendado o envio dos mesmos apenas em formato de imagem bitmap (não editável).
- os desenhos enviados podem ser melhorados ou redesenhados pela produção da revista, a critério do Corpo Editorial.

7. Tabelas

- as tabelas devem ser autoexplicativas e devem complementar, e não duplicar, o texto.
- devem ser numeradas com algarismos arábicos, na ordem em que são mencionadas no texto.
- forneça um breve título para cada tabela.
- se uma tabela tiver sido publicada anteriormente, inclua uma nota de rodapé dando crédito à fonte original.
- apresente as tabelas como arquivo de texto (Word ou Excel, por exemplo), e não como elemento gráfico (imagem não editável).

8. Comitês de Ética

- os artigos devem, se aplicável, fazer referência ao parecer do Comitê de Ética da instituição.

9. Declarações exigidas

Todos os manuscritos devem ser acompanhados das seguintes declarações:

- Cessão de Direitos Autorais

Transferindo os direitos autorais do manuscrito para a Dental Press, caso o trabalho seja publicado.

— Conflito de Interesse

Caso exista qualquer tipo de interesse dos autores para com o objeto de pesquisa do trabalho, esse deve ser explicitado.

— Proteção aos Direitos Humanos e de Animais

Caso se aplique, informar o cumprimento das recomendações dos organismos internacionais de proteção e da Declaração de Helsinki, acatando os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana/animal.

— Permissão para uso de imagens protegidas por direitos autorais

Ilustrações ou tabelas originais, ou modificadas, de material com direitos autorais devem vir acompanhadas da permissão de uso pelos proprietários desses direitos e pelo autor original (e a legenda deve dar corretamente o crédito à fonte).

— Consentimento Informado

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser violada sem um consentimento informado. Fotografias de pessoas identificáveis devem vir acompanhadas por uma autorização assinada pela pessoa ou pelos pais ou responsáveis, no caso de menores de idade. Essas autorizações devem ser guardadas indefinidamente pelo autor responsável pelo artigo. Deve ser enviada folha de rosto atestando o fato de que todas as autorizações dos pacientes foram obtidas e estão em posse do autor correspondente.

10. Referências

— todos os artigos citados no texto devem constar na lista de referências.

— todas as referências devem ser citadas no texto.

— para facilitar a leitura, as referências serão citadas no texto apenas indicando a sua numeração.

— as referências devem ser identificadas no texto por números arábicos sobrescritos e numeradas na ordem em que são citadas.

— as abreviações dos títulos dos periódicos devem ser normalizadas de acordo com as publicações “Index Medicus” e “Index to Dental Literature”.

— a exatidão das referências é responsabilidade dos autores e elas devem conter todos os dados necessários para sua identificação.

— as referências devem ser apresentadas no final do texto obedecendo às Normas Vancouver (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

— utilize os exemplos a seguir:

Artigos com até seis autores

Vier FV, Figueiredo JAP. Prevalence of different periapical lesions associated with human teeth and their correlation with the presence and extension of apical external root resorption. *Int Endod J* 2002;35:710-9.

Artigos com mais de seis autores

De Munck J, Van Landuyt K, Peumans M, Poitevin A, Lambrechts P, Braem M, et al. A critical review of the durability of adhesion to tooth tissue: methods and results. *J Dent Res*. 2005 Feb;84(2):118-32.

Capítulo de livro

Nair PNR. Biology and pathology of apical periodontitis. In: Estrela C. *Endodontic Science*. São Paulo: Artes Médicas; 2009. v. 1. p. 285-348. Capítulo de livro com editor Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

Dissertação, tese e trabalho de conclusão de curso

Debelian GJ. Bacteremia and Fungemia in patients undergoing endodontic therapy. [Thesis]. Oslo - Norway: University of Oslo, 1997.

Formato eletrônico

Câmara CALP. Estética em Ortodontia: Diagramas de Referências Estéticas Dentárias (DRED) e Faciais (DREF). *Rev Dental Press Ortod Ortop Facial*. 2006 nov-dez;11(6):130-56. [Acesso 12 jun 2008]. Disponível em: www.scielo.br/pdf/dpress/v11n6/a15v11n6.pdf.

1. O registro de ensaios clínicos

Os ensaios clínicos se encontram entre as melhores evidências para tomada de decisões clínicas. Considera-se ensaio clínico todo projeto de pesquisa com pacientes que seja prospectivo, nos quais exista intervenção clínica ou medicamentosa com objetivo de comparação de causa/efeito entre os grupos estudados e que, potencialmente, possa ter interferência sobre a saúde dos envolvidos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os ensaios clínicos controlados aleatórios e os ensaios clínicos devem ser notificados e registrados antes de serem iniciados.

O registro desses ensaios tem sido proposto com o intuito de identificar todos os ensaios clínicos em execução e seus respectivos resultados, uma vez que nem todos são publicados em revistas científicas; preservar a saúde dos indivíduos que aderem ao estudo como pacientes; bem como impulsionar a comunicação e a cooperação de instituições de pesquisa entre si e com as parcelas da sociedade com interesse em um assunto específico. Adicionalmente, o registro permite reconhecer as lacunas no conhecimento existentes em diferentes áreas, observar tendências no campo dos estudos e identificar os especialistas nos assuntos.

Reconhecendo a importância dessas iniciativas e para que as revistas da América Latina e Caribe sigam recomendações e padrões internacionais de qualidade, a BIREME recomendou aos editores de revistas científicas da área da saúde indexadas na Scientific Library Electronic Online (SciELO) e na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) que tornem públicas estas exigências e seu contexto. Assim como na base MEDLINE, foram incluídos campos específicos na LILACS e SciELO para o número de registro de ensaios clínicos dos artigos publicados nas revistas da área da saúde.

Ao mesmo tempo, o International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) sugeriu aos editores de revistas científicas que exijam dos autores o número de registro no momento da submissão de trabalhos. O registro dos ensaios clínicos pode ser feito em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. Para que sejam validados, os Registros de Ensaios Clínicos devem seguir um conjunto de critérios estabelecidos pela OMS.

2. Portal para divulgação e registro dos ensaios

A OMS, com objetivo de fornecer maior visibilidade aos Registros de Ensaios Clínicos validados, lançou o portal WHO Clinical Trial Search Portal (<http://www.who.int/ictrp/network/en/index.html>), com interface que permite busca simultânea em diversas bases. A pesquisa, nesse portal, pode ser feita por palavras, pelo título dos ensaios clínicos ou pelo número de identificação. O resultado mostra todos os ensaios existentes, em diferentes fases de execução, com enlaces para a descrição completa no Registro Primário de Ensaios Clínicos correspondente.

A qualidade da informação disponível nesse portal é garantida pelos produtores dos Registros de Ensaios Clínicos que integram a rede recém-criada pela OMS: WHO Network of Collaborating Clinical Trial Registers. Essa rede permitirá o intercâmbio entre os produtores dos Registros de Ensaios Clínicos para a definição de boas práticas e controles de qualidade. Os sites para que possam ser feitos os registros primários de ensaios clínicos são: www.actr.org.au (Australian Clinical Trials Registry), www.clinicaltrials.gov e <http://isrctn.org> (International Standard Randomized Controlled Trial Number

Register, ISRCTN). Os registros nacionais estão sendo criados e, na medida do possível, os ensaios clínicos registrados nos mesmos serão direcionados para os recomendados pela OMS.

A OMS propõe um conjunto mínimo de informações que devem ser registradas sobre cada ensaio, como: número único de identificação, data de registro do ensaio, identidades secundárias, fontes de financiamento e suporte material, principal patrocinador, outros patrocinadores, contato para dúvidas do público, contato para dúvidas científicas, título público do estudo, título científico, países de recrutamento, problemas de saúde estudados, intervenções, critérios de inclusão e exclusão, tipo de estudo, data de recrutamento do primeiro voluntário, tamanho pretendido da amostra, status do recrutamento e medidas de resultados primárias e secundárias.

Atualmente, a Rede de Colaboradores está organizada em três categorias:

- Registros Primários: cumprem com os requisitos mínimos e contribuem para o Portal;
- Registros Parceiros: cumprem com os requisitos mínimos, mas enviam os dados para o Portal somente através de parceria com um dos Registros Primários;
- Registros Potenciais: em processo de validação pela Secretaria do Portal, ainda não contribuem para o Portal.

3. Posicionamento do Dental Press Endodontics

O DENTAL PRESS ENDODONTICS apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS (<http://www.who.int/ictrp/en/>) e do International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE (<http://www.wame.org/wamestmt.htm#trialreg> e http://www.icmje.org/clin_trialup.htm), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, seguindo as orientações da BIREME/OPAS/OMS para a indexação de periódicos na LILACS e SciELO, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE: <http://www.icmje.org/faq.pdf>. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Consequentemente, recomendamos aos autores que procedam o registro dos ensaios clínicos antes do início de sua execução.

Atenciosamente,

Marco Antonio Hungaro Duarte (mhungaro@fob.usp.br) e Rodrigo Ricci Vivan (rodrigo.vivan@fob.usp.br) Editores do Dental Press Endodontics - ISSN 2178-3713 .