

CONDUTA ODONTOLÓGICA EM PACIENTES DIABÉTICOS: CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS

DENTAL PRACTICE IN DIABETIC PATIENTS: CLINICAL CONSIDERATIONS

Thais Fernandes de Oliveira¹, Rodrigo Porpino Mafra², Marcelo Gadelha Vasconcelos³, Rodrigo Gadelha Vasconcelos³

1 Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Araruna-PB, Brasil.

2 Mestrando do Programa de Pós-graduação em Patologia Oral da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal-RN, Brasil.

3 Professor Doutor efetivo da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Araruna-PB, Brasil.

Descritores:

Diabetes Mellitus, Assistência Odontológica, Saúde Bucal.

Resumo

O diabetes mellitus constitui um importante problema de saúde pública, envolvendo altos custos destinados ao tratamento dos pacientes. O objetivo do presente estudo é discutir a importância do conhecimento acerca do diabetes mellitus e dos cuidados relativos às intervenções odontológicas em pacientes diabéticos. Foi realizada uma revisão de literatura por meio da busca de artigos nas bases de dados Pubmed/Medline, Lilacs, Scopus e Scielo, publicados entre 2000 e 2015. O cirurgião-dentista deve estar atento a sinais como perda de peso e polifagia, sugestivos de diabetes tipo I, ou ainda hipertensão e obesidade, que sugerem diabetes tipo II. Devem ser avaliados parâmetros clínicos periodontais a exemplo da quantidade de biofilme, sangramento gengival e profundidade de sondagem. No diabetes descompensado, tende a haver complicações como dor e infecções, requerendo o adiamento das sessões clínicas. Recomendam-se consultas no período da manhã, bem como uso racional dos vasoconstritores adrenérgicos. Pacientes submetidos à insulino terapia apresentam suscetibilidade aumentada à hipoglicemia durante procedimentos odontológicos. Pacientes diabéticos, se bem controlados, com intervenção de uma equipe multiprofissional, podem ser tratados com segurança e eficiência. Ressalta-se a importância da anamnese como fonte de informações indispensáveis acerca do paciente, proporcionando um planejamento terapêutico adequado.

Descriptors:

Diabetes Mellitus, Dental Care, Oral Health.

Abstract

Diabetes mellitus is a major public health problem, involving high costs for the treatment of patients. The aim of the present study is to discuss the importance of the knowledge regarding diabetes mellitus and care related to dental interventions in diabetic patients. We performed a review of literature by searching articles in the databases PubMed/Medline, Lilacs, Scopus and Scielo, published between 2000 and 2015. The dentist should be alert to signs such as loss of weight and polyphagia, suggestive of type I diabetes, or hypertension and obesity, which suggest type II diabetes. Clinical parameters of periodontium, such as the amount of biofilm, gingival bleeding and probing depth, should be evaluated. In uncontrolled diabetes, tends to occur complications such as pain and infection, requiring the postponement of clinical sessions. Dental visits in the morning are recommended, as well as the rational use of anesthetics associated to adrenergic vasoconstrictor. Patients undergoing insulin therapy have increased susceptibility to hypoglycemia during dental procedures. Diabetic patients, if well controlled by multidisciplinary team, can be treated safely and efficiently. We emphasize the importance of medical history as a source of information related to patient's condition, providing adequate treatment planning.

13

Endereço para contato:

Rodrigo Gadelha Vasconcelos

Endereço: Rua Antônio Madruga, 1982, Ap. 202, Capim Macio. Natal – RN. CEP: 59082-120

Tel: (084) 3236-3366 / (084) 99926-0012 | E-mail: rodrigogadelhavasconcelos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) representa um dos mais importantes problemas de saúde pública, tendo grande repercussão social e econômica, como também comprometendo a produtividade, qualidade de vida e sobrevida dos portadores de tal patologia¹. Esta doença é caracterizada pela hiperglicemia, que tem como principais sintomas a polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento do volume urinário), polifagia (fome excessiva) e perda de

peso, também podendo ocasionar disfunção e falência de alguns órgãos, devido à deficiência na produção de insulina e resistência à sua ação periférica^{2,3}. O DM é uma síndrome relacionada ao metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, que gera algumas complicações decorrentes da falta absoluta ou relativa de insulina, a exemplo de doenças cardiovasculares, nefropatia e retinopatia^{3,4}.

Estimam-se para o ano de 2030, a nível mundial, mais de 550 milhões de pessoas acometidas por esse distúrbio metabólico⁵, constituindo um grande desafio para os serviços

de saúde, em se tratando de prevenção e controle. Conforme Sousa et al. (2003)⁶, é fundamental o conhecimento das características clínicas apresentadas por estes pacientes, bem como a atuação do cirurgião-dentista em equipes multiprofissionais, assim possibilitando oferecer os cuidados adequados aos portadores do DM.

Estima-se que 3 a 4% dos pacientes adultos que procuram tratamento odontológico são diabéticos, e a sua maioria desconhece ter a doença. As alterações bucais que podem ser observadas no paciente com DM resultam do controle inadequado do quadro glicêmico. Dentre os referidos distúrbios, citam-se a xerostomia, hálito cetônico, infecções oportunistas, doença periodontal e dificuldades de cicatrização^{2,6}. Em crianças, a doença está associada à perda de cálcio pelo organismo, o que pode levar à hipoplasia do esmalte⁶.

É fato reconhecido que as doenças periodontais são mais prevalentes e apresentam maior severidade em portadores de diabetes melito^{7,8}, os quais apresentam maior perda de inserção, maior reabsorção óssea e maior sangramento gengival à sondagem que pacientes não diabéticos. Além da periodontite, a candidose oral representa uma das manifestações orais mais observadas em diabéticos descompensados, frequentemente nas formas clínicas: eritematosa (estomatite por dentadura), queilite angular e glossite romboidal mediana. Salienta-se ainda que a hipossalivação, juntamente com a alta concentração de glicose na saliva, também contribuem como fatores de risco para a cárie dentária³.

A prevenção é realizada por meio do autocontrole da doença e uso adequado dos medicamentos, com o desenvolvimento concomitante de atividades de ensino ou práticas educativas de saúde voltadas ao paciente diabético e à sua família. Essa conduta possibilita uma melhor convivência e aceitação do paciente em relação à sua doença⁹.

Considerando a alta prevalência do diabetes mellitus associado a manifestações orais, bem como a necessidade do conhecimento do cirurgião-dentista acerca do DM, o presente artigo propõe discutir a importância do manejo clínico adequado dos pacientes acometidos pela doença, promovendo um maior embasamento científico para a execução de intervenções odontológicas seguras.

METODOLOGIA

O presente estudo constituiu-se em uma pesquisa bibliográfica realizada nas bases de dados eletrônicos PubMed/Medline, LILACS, Scopus e Scielo, por meio da busca de artigos relacionados ao tema proposto, publicados entre o período de 2000 a 2015. Os descritores utilizados para seleção dos artigos foram: assistência odontológica (dental care); diabetes mellitus; anestésicos locais (local anesthetics). O sistema de formulário avançado "AND" para filtragem dos artigos relacionados ao tema foi utilizado. Outra estratégia adotada foi a busca manual em listas de referências dos artigos selecionados. Livros-texto específicos sobre a temática

da pesquisa também foram consultados.

Os artigos obtidos através das estratégias de busca, que tiveram como temática principal "Intervenção odontológica em pacientes portadores do diabetes mellitus", foram avaliados e classificados em elegíveis (estudos pertinentes e possíveis de ser incluídos na revisão) e não-elegíveis (estudos sem pertinência, não possíveis de inclusão na revisão).

Dentre os critérios observados para a escolha dos artigos, foram considerados os seguintes aspectos: disponibilidade do texto integral do estudo e clareza no detalhamento metodológico utilizado. Como critérios de inclusão, foram selecionados os artigos classificados como elegíveis, escritos em inglês, espanhol ou português. Foram excluídos da amostra os artigos que não apresentaram relevância clínica sobre o tema abordado e aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

REVISÃO DA LITERATURA

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO SOBRE O DM PARA OS CIRURGIÕES DENTISTAS

Para manter um melhor controle do paciente portador de DM, é de grande importância levar em consideração o sistema de saúde, as necessidades do paciente e os recursos locais oferecidos. O manejo adequado do DM no nível de atenção básica poderia reduzir os efeitos econômicos adversos para famílias e a sociedade¹⁰.

A integração de uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de atividades que tenham como objetivo elevar os níveis de saúde da população é sem dúvidas a essência para um manejo adequado destes pacientes¹¹.

Segundo o *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, o DM possui a seguinte classificação: Diabetes Mellitus dependente de insulina (DMDI), Diabetes juvenil e Diabetes Mellitus não dependente de insulina (DMNDI) ou Diabetes do adulto. Para evitar confusões, essa classificação foi reduzida a dois termos, o Diabetes tipo I para o DMDI e Diabetes tipo II para o DMNDI¹².

Dentre os pacientes portadores de DM, 10% possuem diabetes tipo I⁶, caracterizado pela destruição das células beta do pâncreas, em consequência de infecções virais ou doenças auto-imunes, acarretando deficiências na produção de insulina^{12,13}. Geralmente, o DM tipo I desenvolve-se em indivíduos jovens, com idade inferior a 25 anos⁶. Por sua vez, o diabetes tipo II representa a forma mais comum da doença, causada pela diminuição na sensibilidade dos tecidos alvos e pela escassez ou ineficácia dos receptores celulares da insulina secretada pelo pâncreas². Relaciona-se a múltiplos fatores, tais como idade, origem étnica, antecedentes familiares, sedentarismo

e gestação. A obesidade de longa duração também é reconhecida como um importante fator que predispõe ao diabetes tipo II, por estar associada à resistência à insulina^{6,12}.

DIABETES MELLITUS X ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Na primeira consulta odontológica, o cirurgião-dentista deve obter informações a respeito do tipo de DM, tratamentos prévios e medicações utilizadas pelo paciente, bem como classificá-lo de acordo com o grau de risco para os procedimentos clínicos^{6,14}. Também devem ser investigados quadros infecciosos, uso de antibióticos e de outros medicamentos para complicações relacionadas à referida doença¹⁵.

É importante ressaltar que pacientes submetidos à insulino-terapia apresentam suscetibilidade aumentada à hipoglicemia durante o procedimento odontológico¹⁶. Adicionalmente, os hipoglicemiantes orais podem sofrer interações medicamentosas com fármacos prescritos pelo cirurgião-dentista¹⁷.

Nos casos ainda não diagnosticados, o cirurgião-dentista deve estar atento a possíveis sinais e sintomas como perda de peso e polifagia, que são sugestivos de diabetes tipo I, ou ainda hipertensão e obesidade, os quais sugerem diabetes tipo II. No exame intraoral, devem ser avaliados diversos parâmetros periodontais, a exemplo da presença de biofilme e/ou cálculo dentário, sangramento gengival, profundidade de sondagem, recessão gengival, mobilidade dentária, lesões de furca, bem como a presença de cáries, restaurações defeituosas, infecções e hálito cetônico¹⁵.

Condutas preventivas em pacientes com DM são essenciais, principalmente tendo em vista o aumento do risco de doença periodontal em pacientes diabéticos¹³. Torna-se necessário, portanto, incluir na conduta clínica uma criteriosa avaliação da saúde do periodonto, além de profilaxias frequentes, em associação a orientações de higiene oral. Embora existam vários estudos que apontam esta relação entre a doença periodontal e o DM, ainda há um desconhecimento por parte dos indivíduos doentes a respeito da importância de manter a saúde bucal¹⁸. Alguns estudos apontam que pacientes diabéticos, em comparação a indivíduos saudáveis, têm maiores riscos de desenvolvimento de doenças periodontais, comumente apresentando reabsorção óssea alveolar, inflamação gengival e abscessos do periodonto¹⁹.

De acordo com Sousa et al. (2003)⁶, para a realização de uma consulta adequada, o paciente deve estar com o metabolismo compensado, sob acompanhamento médico regular, com uma boa resposta terapêutica. Nos quadros de diabetes descompensado, tendem a ocorrer complicações que dificultam os procedimentos terapêuticos, a exemplo de dor e infecções, tornando necessário o adiamento das sessões clínicas, até que o quadro metabólico do paciente se estabilize. A ansiedade

e o medo dos pacientes devem ser controlados, uma vez que esses sintomas levam à liberação de adrenalina e, por conseguinte, ao aumento da glicemia^{2,20}.

HORÁRIO DAS CONSULTAS

O atendimento odontológico aos pacientes diabéticos deve ser adaptado conforme as suas particularidades, levando-se em consideração o horário e o tempo dos procedimentos clínicos^{16,21}. O melhor horário para consultas dos referidos pacientes é no período da manhã, em que a insulina atinge seu nível máximo de secreção². Adicionalmente, durante a manhã, os níveis endógenos de corticosteroides estão mais elevados, permitindo uma maior tolerância do paciente ao aumento da adrenalina e da glicemia, que resultam de situações de estresse²². Consultas longas devem ser evitadas, pois podem levar o paciente a quadros de ansiedade¹⁵. Além disso, o paciente deve alimentar-se normalmente antes das consultas^{2,6}. O cirurgião-dentista deve esclarecê-lo sobre a adequada dieta e higiene bucal, bem como aferir a pressão arterial antes e após as consultas¹⁴. Nos casos em que o atendimento necessitar de tempo maior que o previsto e o paciente apresentar sinais de hipoglicemia, o cirurgião-dentista deverá interromper o procedimento clínico e oferecer ao paciente algum alimento leve, no intuito de reverter o quadro de hipoglicemia⁶.

ANESTÉSICOS LOCAIS EM PACIENTES DIABÉTICOS

A anestesia local define-se como um bloqueio reversível da condução nervosa, que determina a perda das sensações sem alteração do nível de consciência¹⁶. Um bom anestésico deve possuir baixa toxicidade sistêmica, não irritar os tecidos e não causar lesão permanente às estruturas nervosas. O tempo para início do efeito anestésico deve ser o mais curto possível e a sua ação deve ser reversível, com duração suficiente para a realização do procedimento cirúrgico²³.

A lidocaína, considerada um anestésico local de curta duração, assim como os anestésicos com longo tempo de atuação, os quais exercem influência sobre a atividade do miocárdio, não devem ser as primeiras escolhas para pacientes diabéticos²⁴. De acordo com Terra et al. (2011)²⁵, o anestésico mepivacaína a 3% sem vasoconstritor, bem como a prilocaína associada à felipressina, podem ser administrados em pacientes diabéticos. A felipressina pode ser utilizada com estabilidade em pacientes compensados através de dieta, em pacientes insulino-dependentes ou que fazem uso de medicamentos hipoglicemiantes orais^{6,15}.

Em relação ao uso da epinefrina, conhecimentos atuais mostram que este vasoconstritor exerce um efeito farmacológico oposto ao da insulina, contribuindo para o aumento da glicemia, particularmente em quadros de diabetes descompensado^{23,26}. A administração de vasoconstritores do grupo das catecolaminas, a exemplo da epinefrina (adrenalina), norepinefrina (noradrenalina) e levonordefrina (neocoberfina), não é recomendada nestes

pacientes até que haja o controle glicêmico^{6,23}. Sendo assim, admite-se o uso desses vasoconstritores em pacientes com o diabetes controlado, restringindo o uso destes fármacos a 3 a 4 tubetes por sessão²⁰.

Nesse contexto, um ensaio clínico controlado randomizado comparou o controle glicêmico em pacientes diabéticos (n = 30) e saudáveis (n = 30) submetidos a exodontias, utilizando solução anestésica local com vasoconstritor (lidocaína a 2% associada à adrenalina a 1:80.000). Em cada participante do estudo, foram mensurados os níveis glicêmicos imediatamente após a administração da solução anestésica, repetindo-se os testes ao término do procedimento cirúrgico. Não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos, no que concerne à glicemia. Em contrapartida, episódios de hiperglicemia foram mais frequentes nos diabéticos que não utilizaram hipoglicemiantes antes das cirurgias ($p < 0,05$). Com base nesses achados, os autores enfatizaram a relativa segurança do uso da epinefrina em pacientes saudáveis e em diabéticos sob uso adequado de hipoglicemiantes²⁶.

Segundo Andrade (2006)²⁷, em quadros de dor leve a moderada no pós-operatório, pode-se prescrever a dipirona e o paracetamol nas mesmas dosagens e posologias utilizadas em pacientes que se encontram em condições normais. Em situações de edema e dor intensa, as opções mais recomendáveis são os corticosteroides de ação prolongada, tais como a betametasona e a dexametasona, administrados em no máximo duas doses, visto que tais fármacos tendem a aumentar a glicemia.

CONDUTA TERAPÊUTICA: URGÊNCIA / EMERGÊNCIA EM PACIENTES COM CHOQUE INSULÍNICO (HIPOGLICEMIA) NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Segundo Guyton e Hall (2011)²⁸, o choque insulínico resulta do aumento proporcional da insulina em relação à glicose. De acordo com Pereira (2001)²⁹, a hipoglicemia é a queda súbita dos níveis séricos de glicose, podendo ser de origem orgânica ou funcional. Podemos constatar a hipoglicemia quando o valor sanguíneo de glicose estiver abaixo de 40 miligramas por decilitro de sangue, acompanhado de sinais e sintomas característicos¹⁷.

A crise hipoglicêmica é uma complicação que representa 2,91% das urgências nos consultórios odontológicos³⁰, caracterizando-se por sinais e sintomas diversos, a exemplo de palidez, tremores, taquicardia, sudorese, tontura, sonolência, confusão mental, fraqueza, cefaleia e visão turva. Na presença de alguma dessas manifestações, o cirurgião-dentista deve suspender o procedimento e oferecer ao paciente um alimento rico em carboidratos², tal como suco de frutas ou mel. Em seguida, deve monitorar a glicemia capilar a cada 15 minutos, até que haja a sua normalização¹⁵. Caso não haja recuperação, deve-se acionar o socorro mé-

dico, prosseguindo com o monitoramento dos sinais vitais². Diante de quadros de hipoglicemia em que o paciente esteja inconsciente, não se deve utilizar medicações por via oral²⁹, sendo recomendável administrar 50 mililitros de solução aquosa de glicose a 50%, por via endovenosa, durante 2 a 3 minutos¹⁷.

CONCLUSÃO

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública, necessitando de grandes cuidados, não apenas por parte do cirurgião-dentista, como também por uma equipe multiprofissional. Tais profissionais devem estar envolvidos na prática preventiva da doença. Durante o atendimento odontológico, uma criteriosa anamnese é indispensável para a decisão das condutas terapêuticas e realização correta dos procedimentos. Recomenda-se especial atenção aos tipos e posologia dos medicamentos utilizados pelo paciente, bem como à escolha dos anestésicos locais. Por fim, ressalta-se que todos os procedimentos devem ser realizados de acordo com as particularidades do caso a ser tratado, proporcionando tranquilidade e bem-estar aos pacientes durante o atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. [Acesso em 18 de Março de 2015]. Disponível em URL: http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf.
2. Cantanhede ALC, Veloso KMM, Serra LLL. O idoso portador de diabetes *mellitus* sob a perspectiva odontológica. Rev Bras Clin Med. São Paulo. 2013;11(2):178-82.
3. Yamashita JM, Moura-Grec PG, Capelari MM, Sales-Peres A, Sales-Peres SHC. Manifestações bucais em pacientes portadores de Diabetes Mellitus: uma revisão sistemática. Rev Odontol UNESP. 2013;42(3):211-220.
4. Sousa MGM, Costa ALL, Roncalli AG. Clinical study of the oral manifestations and related factors in type 2 diabetics patients. Braz J Otorhinolaryngol. 2011;77(2):145-52.
5. Burke SD, Sherr D, Lipman RD. Partnering with diabetes educators to improve patient outcomes. Diabetes Metab Syndr Obes. 2014;7:45-43.
6. Sousa RR, Castro RD, Monteiro CH, Silva SC, Nunes AB. O paciente odontológico portador de Diabetes Mellitus: uma revisão da literatura. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2003;3(2):71-77.
7. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21-31.
8. Santos-Paul MA, Neves IL, Neves RS, Ramires JA. Local anesthesia with epinephrine is safe and effective for oral surgery in patients with type 2 diabetes mellitus

- and coronary disease: a prospective randomized study. Clinics (São Paulo). 2015;70(3):185-9.
9. Brown JB, Nichols GA, Glauber HS, Bakst A. Ten-year follow-up of antidiabetic drug use, nonadherence, and mortality in a defined population with type 2 diabetes mellitus. Clin Ther. 1999;21(6):1045-57.
 10. Rosa RS, Schmidt MI, Duncan BB, Souza MFM, Lima AK, Moura L. Internações por *Diabetes Mellitus* como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001, Rev. bras. epidemiol. 2007;10(4):465-78.
 11. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2004;9(1):131-138.
 12. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2003;26(Suppl 1):S5-20.
 13. Vasconcelos BCE, Novaes M, Sandrini FAL, Maranhão Filho AWA, Coimbra LS. Prevalência das alterações da mucosa bucal em pacientes diabéticos: estudo preliminar. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008;74(3):423-8.
 14. Brandão DFLMO, Silva APG, Penteado LAM. Relação bidirecional entre a doença periodontal e a diabetes mellitus. Odontol. clín.-cient. 2011;10(2):117-120.
 15. Alves C, Brandão M, Andion J, Menezes R, Carvalho F. Atendimento odontológico do paciente com diabetes melito: recomendações para a prática clínica. R. Ci. méd. biol. 2006;5(2):97-110.
 16. Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia clínica para dentistas. 3 edição. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2007.
 17. Carneiro Lúcio PS, Barreto RC. Emergências Médicas no Consultório Odontológico e a (In)Segurança dos Profissionais. Rev. bras. ciên. saúde. 2012;16(2):267-272.
 18. Allen EM, Ziada HM, O'Halloran D, Clerehugh V, Allen PF. Attitudes, awareness and oral health-related quality of life in patients with diabetes. J Oral Rehabil. 2008;35:218-23.
 19. Kaur G, Holtfreter B, Rathmann WG, Schwahn C, Wallaschofski H, Schipf S, et al. Association between type 1 and type 2 diabetes with periodontal disease and tooth loss. J. clin. periodontol. 2009;36(9):765-774.
 20. Volpato MC, Motta RHL, Tófoli GR, Ranali J, Ramacciato JC, Andrade ED, et al. Tratamento odontológico em pacientes com diabetes mellitus. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2005;59(4):306-310.
 21. Albert DA, Ward A, Allweiss P, Graves DT, Knowler WC, Kunzel C, et al. Diabetes and oral disease: implications for health professionals. Ann N Y Acad Sci. 2012;1255:1-15.
 22. Melgaço CA. Diabetes Melito e a Doença Periodontal: Revisão de Literatura. J Bras Endo/Perio. 2002;3(9):100-4.
 23. Carvalho B, Fritzen EL, Parodes AG, Santos RB, Gedoz L. O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro. 2013;70(2):178-81.
 24. Barcellos IF, Halfon VLC, Oliveira LF, Barcellos Filho I. Conduta odontológica em paciente diabético. Rev. bras. odontol. 2000;57(6):407-10.
 25. Terra BG, Goulart RR, Bavaresco CS. O cuidado do paciente odontológico portador de diabetes mellitus tipo 1 e 2 na Atenção Primária à Saúde. Rev APS. 2011;14(2):149-161.
 26. Khawaja NA, Khalil H, Parveen K, Alghamdi AM, Alzahrani RA, Alherbi SM. An influence of adrenaline (1:80,000) containing local anesthesia (2% Xylocaine) on glycemic level of patients undergoing tooth extraction in Riyadh. Saudi Pharm J. 2014;22(6):545-9.
 27. Andrade, ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. 2 edição. São Paulo, Artes Médicas, 2006.
 28. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Médica. 12 edição. Rio de Janeiro, Elsevier, 2011.
 29. Pereira MBB. Urgências e Emergências em Odontopediatria nos primeiros anos de vida. 1 edição. Curitiba, Editora Maio, 2001.
 30. Monnazzi MS, Prata DM, Vieira, EH, Gabrielli MAC, Carlos E. Emergências e urgências médicas. Como proceder? RGO (Porto Alegre). 2001;49(1): 7-11.

* Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

* Os autores declaram que o estudo não recebeu recursos financeiros, quer sejam institucionais ou privados, para a sua realização.