

Use of viminol in acute pain management after third molars extraction. Case report

Uso do viminol no controle da dor aguda pós-extração de terceiros molares. Relato de caso

Wagner Hummig¹, Eduardo Grossmann²

DOI 10.5935/2595-0118.20180037

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Acute postoperative pain of the third molars requires not only the ability of the dental surgeon in removing them but also the correct pharmacological control of this incidental pain that will install after the effect of the anesthetic blockade has ceased. The objective of this study was to report a case of moderate pain after third molar removal procedure, where the adverse effects of the prescribed medication were determinant for the abandonment of pharmacological treatment and consequently the maintenance of the pain.

CASE REPORT: A 22-year-old male patient, student, from the city of Curitiba, sought outpatient care for acute moderate-intensity pain after 48 hours of removal of the third molars. He was experiencing some adverse effects due to the prescription of the combination of oral codeine (30mg) and paracetamol (325mg) at every 6 hours. In view of this, we opted for the prescription of viminol hydroxybenzoate (70mg) orally, every 6 hours.

CONCLUSION: The prescription of the viminol hydroxybenzoate analgesic resulted in complete, rapid and effective postoperative analgesia, with excellent tolerability.

Keywords: Acute pain, Analgesia, Codeine, Pain management, Postoperative pain, Viminol.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor aguda pós-operatória de terceiros molares requer não somente habilidade do cirurgião-dentista em removê-los, mas também no correto controle farmacológico desse quadro algíco que se instalará após o efeito do bloqueio anestésico ter cessado. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de dor moderada pós-procedimento de remoção de terceiros molares, em que os efeitos adversos do fármaco prescrito foram determinantes para o abandono do tratamento farmacológico e conseqüentemente da manutenção da dor.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo masculino, 22 anos, estudante, natural de Curitiba, procurou atendimento ambulatorial por queixa de dor aguda de moderada intensidade, após 48 horas da remoção dos terceiros molares. Apresentou efeitos adversos devido à prescrição da associação de codeína (30mg) e paracetamol (325mg) por via oral de 6/6 horas. Frente a isso, optou-se pela prescrição de hidroxibenzoato de viminol (70mg) por via oral de 6/6 horas.

CONCLUSÃO: A prescrição do analgésico hidroxibenzoato de viminol resultou em completa, rápida e eficaz analgesia pós-operatória, com excelente tolerabilidade.

Descritores: Analgesia, Codeína, Dor aguda, Dor pós-operatória, Manuseio da dor, Viminol.

INTRODUÇÃO

A dor é um dos sintomas mais temidos pelo ser humano, e que tantas vezes é subtratada de maneira corriqueira, não pelo fato do profissional querer ver um indivíduo sofrer, o que seria um deplorável ato de tortura, mas sim pelo fato de desconhecer fármacos que forneçam uma correta analgesia de acordo com os critérios propostos pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS)¹.

A odontologia é uma das profissões que está intimamente ligada com a dor, a qual pode ser percebida frente a diferentes procedimentos como um bloqueio anestésico, extrações dentárias, cirurgias periodontais, cirurgias ortognáticas, implantodontia dentre outras, onde necessariamente a dor aguda irá surgir após o procedimento cirúrgico²⁻⁴.

Dentro do universo da dor, sob uma visão temporal, destacam-se as dores agudas que normalmente ocorrem após procedimentos cirúrgicos. Contudo, um manuseio farmacológico ineficaz dessa condição torna-se fator de risco para sua cronificação⁵. A dor aguda caracteriza-se por uma resposta orgânica e biológica frente a um estímulo agressor, decorrente de uma lesão tecidual secundária a um trauma. Cite-se como exemplo a extração de terceiro molar, causan-

1. Universidade Tuiuti, Curitiba, PR, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Apresentado em 25 de janeiro de 2018.

Aceito para publicação em 20 de março de 2018.

Conflito de interesses: não há – fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

R. Coronel Corte Real, 513

90630-080, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: edugdor@gmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

do a liberação de potentes mediadores químicos, tais como bradicina, prostaglandinas, substância P, interleucinas dentre outros, que resultam em sensibilização periférica nos aferentes primários e, conseqüentemente, sendo geradores de quadros algícos, os quais também cursam com sofrimento físico e desgaste psicológico por parte do paciente^{2,6,7}. Sua remissão normalmente é espontânea, e coincide com a reparação da lesão tecidual^{2,6,7}.

É importante salientar que a remoção cirúrgica dos terceiros molares é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em todo mundo, e o controle adequado da dor é de inteira responsabilidade do profissional que assiste o paciente⁷.

Em sua grande maioria, o controle da dor pós-cirúrgica de terceiros molares é obtido pelo uso de opioides, porém sua prescrição requer receituário de controle especial, além de apresentar diversos efeitos colaterais que podem inviabilizar o pronto atendimento ao paciente com dor. Visando um fármaco com facilidade prescritiva, efeitos adversos reduzidos em relação aos opioides e pronta analgesia, ressalta-se o hidroxibenzoato de viminol (HV), um fármaco ainda pouco conhecido na odontologia. Esse é um potente analgésico sintético de ação central e equipotente a codeína, onde uma simples dose de 70mg de HV corresponde aproximadamente 6mg de morfina⁸, conferindo-lhe uma analgesia muito superior a dos salicilatos e dos derivados pirazolônicos⁹, sendo indicado prontamente em cirurgias orais⁸. Dessa feita, o objetivo deste estudo, foi apresentar ao cirurgião-dentista a molécula HV como opção farmacológica frente à codeína, observando suas características farmacocinéticas.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 22 anos, estudante, natural de Curitiba, Paraná, residente nessa capital, com queixa de dor aguda, moderada intensidade, após cirurgia de terceiros molares. Mencionava que apresentava um quadro de rinite, previamente existente ao procedi-

mento cirúrgico, onde já estava sendo medicado com dexametasona (4mg) de 8/8 horas, via oral, durante 10 dias pelo Otorrinolaringologista. Importante frisar que a cirurgia foi realizada em período posológico da ingestão de anti-inflamatório esteroide (AIE). Nenhum fármaco pré-operatório foi prescrito, visto que o paciente já estava fazendo uso desse fármaco.

O paciente foi submetido a um procedimento cirúrgico ambulatorial para remoção dos 4 sisos (Figura 1), sob anestesia local, onde se utilizou um bloqueio regional dos nervos alveolares inferiores, lingual e bucal para os dentes inferiores, e técnica anestésica do tipo terminal infiltrativa, tanto por via vestibular quanto por via palatina para os dentes superiores. Foi empregado como solução anestésica mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000, com 2,5 tubetes no quadrante inferior, e 1,5 tubetes por quadrante superior. Após um adequado bloqueio anestésico, iniciou-se a incisão sob o rebordo alveolar superior esquerdo, descolamento mucoperiosteal, seguido de osteotomia com broca esférica montada em peça reta, sob irrigação com solução fisiológica (SF) e aspiração da região maxilar esquerda, junto ao dente 28. A seguir, após a sua extração, partiu-se para remoção do dente 38 que se encontrava em posição mésoangulada e impactado. Nesse dente também foi realizada a incisão sobre o rebordo alveolar, osteotomia com o mesmo tipo de broca e odontosecção com brocas cilíndricas, com emprego de baixa rotação, também, e com irrigação com SF e aspiração. Igual procedimento foi repetido no lado contralateral iniciando pela maxila, seguida da mandíbula. Na remoção de todos os dentes foram empregadas alavancas retas. Finalizada as exodontias (Figura 2), foi realizada síntese com fio de seda, 4.0, agulhado, com pontos isolados, nos referidos locais das extrações, sem haver nenhuma intercorrência no perioperatório.

O profissional que realizou o procedimento cirúrgico, teve por conduta, a prescrição da associação de codeína (30mg) e paracetamol (325mg) de 6 em 6 horas, via oral, por 5 dias, além de recomendar compressa fria por 24 horas e dieta líquida/pastosa por 3 dias.



Figura 1. Na radiografia panorâmica inicial observa-se a presença dos terceiros molares tanto na maxila, quanto na mandíbula



Figura 2. Na radiografia panorâmica final observa-se ausência dos terceiros molares

Ademais, foi orientado retornar em 7 dias para a remoção da sutura. Contudo, no pós-operatório de 48 horas, o paciente parou, por conta própria, a medicação prescrita devido a efeitos adversos como náuseas, mal-estar e constipação, precipitando dessa maneira as dores orofaciais pela ausência de adequado controle analgésico.

O paciente foi referenciado ao nosso serviço devido a impossibilidade de atendimento do prestador inicial. Durante o exame clínico foi constatada a limitação da abertura bucal de 12mm, hematoma e edema na região do ângulo da mandíbula, bilateralmente, decorrentes do ato cirúrgico, além do sofrimento físico e emocional ocasionado pela dor. A fim de mensurar a intensidade da dor, utilizou-se a escala visual numérica (EVN)⁴ no momento da avaliação clínica, onde foi evidenciado dor de grau 6, considerada de moderada intensidade. Em face desse quadro clínico e dos efeitos adversos decorrentes da codeína, a molécula do HV foi selecionada como alternativa analgésica por apresentar melhor perfil farmacológico, sendo prescrito na apresentação de cápsulas 70mg de 6/6 horas por período de 7 dias. Na consulta de retorno, após uma semana, verificou-se que o paciente respondeu positivamente ao tratamento proposto, com leve sintoma doloroso no local das extrações (EVN=1) com uma abertura bucal normal de 45mm. Diante desse quadro favorável, removeram-se os pontos e foi dada alta clínica.

DISCUSSÃO

A mensuração da intensidade da dor por meio da EVN é simples de ser aplicada, eficiente e rápida, e consiste numa linha horizontal demarcada de zero até 10, onde nos extremos grafam-se, respectivamente, “ausência de dor” e “pior dor possível” ou descritores equivalentes⁴, sendo que durante a avaliação clínica, o paciente indicará o número que corresponde a sua dor sentida naquele exato momento, a qual poderá ser leve, moderada ou intensa⁴. Essa abordagem é vá-

lida no intuito de direcionar o profissional na conduta prescritiva a ser tomada.

A codeína (3-metoximorfina) é um opioide fraco com baixa afinidade pelos receptores opioidérgicos e um dos principais alcaloides derivados do ópio, cuja potência analgésica varia de 5 a 10% quando em comparação à morfina^{10,11}. Isso significa dizer que uma dose de 30mg de fosfato de codeína é equivalente a aproximadamente 3mg de morfina. Esse opioide natural é considerado uma pró-droga, ou seja, precisa ser metabolizado no fígado primeiramente para tornar-se ativo em morfina e morfina-6-glicoronídeo através da enzima CYP2D6, membro do citocromo P450^{10,11}. Entretanto, a capacidade de metabolizar a codeína em seus metabólitos ativos varia na população em geral^{10,11}. Estima-se que essa variabilidade genética (polimorfismo) esteja presente em 10% da população caucasiana, 2% dos asiáticos e 1% dos árabes, os quais não possuem a enzima que converte a codeína em morfina^{8,9}. Esses pacientes são chamados de metabolizadores lentos, ou seja, possuem pouco ou nenhum poder de metabolização, portanto, o fármaco não produzirá o efeito analgésico desejado. Por outro lado, existem os chamados metabolizadores rápidos (ultrametabolizadores), em torno de 40% na população geral, onde os mesmos possuem elevada quantidade da enzima CYP2D6^{10,11}, os quais são capazes de converter de maneira muito rápida a codeína em morfina, aumentando dessa maneira o risco de toxicidade e efeitos adversos^{10,11}, como os apresentados no presente caso clínico. Vários fármacos interferem no metabolismo da enzima CYP2D6, diminuindo ou aumentando a conversão codeína-morfina e consequentemente seu efeito analgésico. Exemplos são os inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS), como a fluoxetina e a paroxetina que reduzem o efeito analgésico do fármaco. A rifampicina e a dexametasona aumentam a metabolização da codeína, amplificando dessa maneira a sua toxicidade^{7,11,12}, o que pode ter ocorrido neste caso.

No presente relato, evidenciou-se um paciente que interrompeu a terapia farmacológica devido aos seus efeitos adversos. Nesse sentido, buscou-se um fármaco equipotente e com farmacocinética favorável, optando-se pelo HV. Esse é considerado um potente analgésico sintético, não narcótico, derivado da piriletanolamina, que apresenta uma estrutura química original diferenciada, sem qualquer correlação estrutural e/ou química com analgésicos naturais ou sintéticos conhecidos até o momento^{8,9,13-15}. Seu mecanismo de ação ainda não foi totalmente elucidado, mas sabe-se que não apresenta ação anti-inflamatória e/ou antitérmica. Age em regiões subcorticais do sistema nervoso central (SNC) inibindo a percepção de estímulos dolorosos e seu processamento nos centros superiores nervosos (efeito discriminativo morfina-like) onde se liga de maneira fraca aos receptores opioidérgicos^{8,9,13-15}. Apesar de não ser um opioide clássico, apresenta um perfil de efeitos adversos similares a tais, exceto por produzir leve dependência física. Até a presente data, contudo, só houve um único relato de caso sobre tal alteração física descrito por esse fármaco¹³.

Estudos evidenciaram que o HV pode causar leves alterações no estado de vigília e coordenação motora, porém não deprime o centro respiratório, reflexos simpáticos e funções cardiorrespiratórias^{8,9,13-15} condições essas tantas vezes observadas em pacientes usuários de opioides^{10-12,16-20}.

Possui grande vantagem em não desencadear efeitos lesivos na mucosa gastrointestinal (mesmo acima da dose terapêutica) e não promover alterações nas funções hepáticas e renais, sendo seu maior benefício a promoção de analgesia^{8,9,15}.

Sua excelente tolerabilidade, resposta clínica favorável e baixo custo financeiro, fazem desse fármaco uma opção extremamente válida no controle antálgico proveniente de procedimentos cirúrgicos orofaciais, além de possuir comodidade prescritiva, pelo fato de não necessitar de receituário especial⁸.

Avaliando esse caso clínico sob a óptica farmacológica, não há como se identificar previamente se um indivíduo apresentará ou não polimorfismo genético em relação ao pró-fármaco codeína. Nesse sentido, a escolha por uma molécula sintética de poder analgésico similar ao da codeína foi fator determinante para o sucesso terapêutico.

Diversos autores^{15,21,22} relatam que a administração pré-operatória de analgésicos reduz o quadro álgico no pós-operatório imediato e sugerem que a analgesia preventiva é uma alternativa no controle da dor aguda pós-operatória em casos de remoção de terceiros molares²³.

Essa abordagem preventiva é uma forma de analgesia que se inicia antes mesmo do estímulo doloroso ser gerado. Dessa maneira, previne-se ou mesmo diminui-se a dor subsequente e o estabelecimento de alterações no SNC durante o ato operatório²¹⁻²⁴. Seguindo esse raciocínio, sob uma visão preventiva, o tratamento poderia ser iniciado com a associação HV (70mg) e paracetamol (750mg) 1 hora antes do procedimento cirúrgico, objetivando maior biodisponibilidade do fármaco e consequentemente melhor analgesia pós-operatória, visto que ambos os fármacos atuam de maneira sinérgica, promovendo conforto ao paciente, além de não correr risco sobre o polimorfismo genético inerente ao ser humano.

CONCLUSÃO

A prescrição do analgésico HV resultou em completa, rápida e eficaz analgesia pós-operatória, com excelente tolerabilidade na posologia prescrita. Caso se perceba efeitos adversos exacerbados de maneira abrupta, a substituição da codeína deve ser levada em consideração. Ademais, se sugere uma abordagem multimodal no controle da dor aguda pós-cirúrgica de terceiros molares, através de fármacos que atuem em diferentes mecanismos de ação e de maneira sinérgica, objetivando melhor controle da dor.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO analgesic ladder. www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/ (acesso em 18 Jan 2018).
2. Peixoto RF, Santos DH, Menezes DP, Araújo DD, Peixoto DF, Silva JS. Controle da dor pós-operatória em cirurgia oral: revisão de literatura. *R Bras Ci Saúde*. 2011;15(4):465-70.
3. International Association for the Study of Pain – IASP. (Acesso em 18 Jan 2018). Disponível em: www.iasp-pain.org.
4. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(2):283-90.
5. Kubricht V, Sevcik P. Chronic postsurgical pain in mixed surgical population. Does an acute pain service make a difference? *Bratisl Lek Listy*. 2017;118(12):746-51.
6. Chichorro JG, Porreca F, Sessle B. Mechanisms of craniofacial pain. *Cephalalgia*. 2017;37(7):613-26.
7. Poluha RL, Grossmann E. Treatment of postoperative pain in dental surgery after removal of third molar. *Rev Dor*. 2017;18(1):245-9.
8. Pos AM, Dias RA. Analgesic efficacy of different drugs. *Rev Dor*. 2017;18(1):102-8.
9. Spilborghs G. Avaliação clínica pelo método cruzado duplo-cego da atividade do viminol nas algias vertebrais. *Rev Bras Clin Terap*. 1977;6(5):225-9.
10. Wiffen PJ, Knaggs R, Derry S, Cole P, Phillips T, Moore RA. Paracetamol (acetaminophen) with or without codeine or dihydrocodeine for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;27(12):CD012227.
11. Straube C, Derry S, Jackson KC, Wiffen PJ, Bell RE, Strassels S, et al. Codeine, alone and with paracetamol (acetaminophen), for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;19(9):CD006601.
12. Cooper TE, Chen J, Wiffen PJ, Derry S, Carr DB, Aldington D, Cole P, Moore RA. Morphine for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;22(5):CD011669.
13. Turkiewicz G, Baltieri DA. Dependence on viminol. *J Subst Use*. 2007;12(4):301-5.
14. Martins AD, Silva AL. Viminol no pós-operatório de cirurgia ginecológica. *J Bras Gin*. 1976;82(2):375-7.
15. Neto JM, Murad JE, Monteiro SS. Psychopharmacological properties of the viminol-p-hydroxybenzoate. *Rev Bras Pesqui Med Biol*. 1977;10(6):361-8.
16. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Stannard C, Aldington D, Cole P, et al. Buprenorphine for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;30(9):CD011603.
17. Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;23(6):CD010692.
18. McNicol ED, Ferguson MC, Schumann R. Methadone for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;17(5):CD012499.
19. Derry S, Stannard C, Cole P, Wiffen PJ, Knaggs R, Aldington D, et al. Fentanyl for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11(10):CD011605.
20. Duehmke RM, Derry S, Wiffen PJ, Bell RE, Aldington D, Moore RA. Tramadol for neuropathic pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;15(6):CD003726.
21. Posso IP, Figueiredo EF, Awade R. Preemptive analgesia, preventive analgesia and proactive analgesia. *Rev Dor*. 2017;18(1):52-5.
22. Acheampong P, Thomas SH. Determinants of hepatotoxicity after repeated supratherapeutic paracetamol ingestion: systematic review of reported cases. *Br J Clin Pharmacol*. 2016;82(4):923-31.
23. Isordia-Espinoza MA, Pozos-Guillen A, Martinez-Rider R, Perez-Urizar J. Comparison of the analgesic efficacy of oral ketorolac versus intramuscular tramadol after third molar surgery: a parallel, double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016;21(5):e637-43.
24. Ong CK, Seymour RA. Pathogenesis of postoperative oral surgical pain. *Anesth Prog*. 2003;50(1):5-17.