

ABSCCESSO PERIAPICAL CRÔNICO: RELATO DE CASO

CHRONIC PERIAPICAL ABSCESS: CASE REPORT

Isabela de Carvalho Matias Pinho¹, Gisele Pereira de Almada¹, Larissa Preda da Silva Xavier¹, Lisandra Alves Alencar¹, Helen Cássia Patrícia Gomes Melo², Ytalo Freitas Fernandes³, Paulo José de Figueredo Júnior⁴, Alyne Moreira Brasil⁵.

¹Acadêmicos do Curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia-, Goiás, Brasil.

² Possui graduação em Odontologia pela Universidade Paulista (2009) e mestrado em Odontologia, área de concertação em Clínica Odontológica, pela Universidade Federal de Goiás (2013). Membro do Conselho Municipal de Itapuranga-GO 2020-21. Professora do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia: (FACEG): Clínicas Integradas e Dentística.

³Graduado em Odontologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR / Residência Multiprofissional em Saúde pela Universidade de São Paulo - USP/BAURU / Especialista em Saúde Coletiva HRAC-USP / Especialista em Periodontia - AORP / Aperfeiçoamento em Cirurgia pela ABO-CE / Mestrando em Periodontia pela Universidade de São Paulo - FORP/USP, Professor da Faculdade Evangélica de Goianésia.

⁴Graduado em Odontologia pelo Centro Universitário de Anápolis, Especialização em Implantodontia pela Faculdade de Tecnologia do Ipê / Instituto Kennedy de Odontologia, Especialista em Periodontia pela Associação Odontológica de Ribeirão Preto-SP (AORP) / Faculdade de Tecnologia Ippeo, Professor da Faculdade Evangélica de Goianésia.

⁵ Professora Adjunta nas Disciplinas de Morfologia e Escultura, Pré-Clínica II, Orientação Profissional II, Fundamento Biológico III, Orientação Profissional IV e Endodontia I do curso de Odontologia da Faculdade Evangélica de Goianésia. Possui Graduação em Odontologia pela UniEvangélica de Anápolis (1996). Especialização em Endodontia pela UniEvangélica de Anápolis (2003). Cursando Mestrado Profissional em Endodontia pelo Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic (2020), Campinas-SP.

Resumo: O abscesso periapical crônico é uma doença de origem microbiana, onde usualmente é seguida pelo aparecimento de uma fístula na área mucovestibular do paciente, com um quadro de sinais e sintomas muito característicos que facilitam o seu diagnóstico diferencial. A partir desses aspectos, a Endodontia desempenha um papel fundamental no processo diagnóstico e tratamento. Dessa forma, o presente trabalho objetivou apresentar, por meio de um relato de caso, um procedimento desde o seu diagnóstico até o tratamento da lesão. Concluiu-se que o correto diagnóstico e um passo a passo do tratamento bem executado, levam ao sucesso do tratamento.

Palavras-chaves: Abscesso periapical crônico; diagnóstico diferencial; fístula;

Abstract: Chronic periapical abscess is a disease of microbial origin, where it is usually followed by the appearance of a fistula in the patient's mucovestibular area, with a picture of very characteristic signs and symptoms that facilitate its differential diagnosis. From these aspects, Endodontics plays a fundamental role in the diagnosis and treatment process. Thus, the present study aimed to present, through a case report, a procedure from its diagnosis to the treatment of the lesion. It was concluded that the correct diagnosis and a step by step of the well executed treatment, lead to the success of the treatment.

Keywords: Chronic periapical abscess; differential diagnosis; fistula.

1. INTRODUÇÃO

Abscessos são cavidades circundadas por paredes de tecido fibrótico ou de granulação, que contêm pus em seu interior. Ele pode ocorrer na região periapical do elemento dentário o que confere o seu nome de abscesso apical, ou abscesso periapical. É possível separar os abscessos em duas categorias: crônico e agudo, sendo o primeiro o objeto de estudo desse relato de caso. Se tratando de um abscesso agudo o quadro costuma ser doloroso e pode vir acompanhado de manifestações sistêmicas como febre, enfartamento ganglionar, podendo até mesmo gerar trismo. Já em sua forma crônica, seu processo inflamatório e de formação do pus se dá lentamente e sem um desconforto importante para o paciente¹.

Sua principal característica clínica, quando em forma crônica, é a presença de fístula, e por meio dela é realizado um teste que denominado fistulografia. A fistulografia é realizada através da inserção de um cone de

guta-percha pelo trajeto fistuloso até chegar em um ponto de resistência, seguida pela tomada radiográfica periapical, onde pode se identificar o dente responsável e também a sua causa¹. O abscesso periapical com fístula tem origem microbiana e pode ser uma consequência da periodontite apical sintomática (aguda), da periodontite apical assintomática (crônica) e do abscesso periapical sem fístula².

Esse abscesso pode ser caracterizado como um processo inflamatório crônico, que pode ser solucionado com tratamento endodôntico correto^{2,3}. Histologicamente, é possível verificar a presença de zonas de necrose de liquefação contendo neutrófilos polimorfonucleares (PMN) desintegrados, circundados por macrófagos e neutrófilos PMN¹.

Para ter seu diagnóstico é importante ressaltar que o mesmo geralmente é assintomático, e está associado a uma drenagem intermitente ou contínua por meio de fístula⁴. Durante a inspeção é possível notar a

presença de cárie e/ou restauração extensa, uma fístula usualmente é localizada no nível da mucosa alveolar¹.

Se tratando de testes pulpares, normalmente eles atingem respostas negativas, uma vez que a polpa se encontra em estado necrótico, assim como a percussão e palpação, porém, não se deve descartar a possibilidade de sensibilidade nos dois últimos¹. Radiograficamente, observa-se uma área de destruição óssea perirradicular onde os limites da área radiolúcida podem ou não estar bem definidos¹.

O tratamento consiste basicamente, na eliminação da fonte de irritantes situada no interior dos sistemas de canais radiculares, ou seja, uma vez que o canal seja bem tratado, tanto a lesão quanto a fístula tendem a regredir. O desaparecimento da fístula pode levar de 7 a 30 dias e são o indício de um procedimento satisfatório^{1,2,3}.

Para o tratamento são feitas duas sessões, onde na primeira, há o preparo de todo o canal e o uso de medicação intracanal, seguido de uma pausa de 7 a 15 dias, com uma segunda sessão de reabertura do canal, instrumentação e obturação do mesmo^{1,2}.

2. RELATO DE CASO

Paciente M.A.O., sexo feminino, 49 anos, chegou à Clínica Odontológica de Ensino da Faculdade Evangélica de Goianésia (FACEG) com a queixa principal de “meu dente da frente quebrou”. Durante a anamnese a mesma relatou que a fratura ocorreu em 3 dentes enquanto ela comia carne há quatro (4) meses atrás, mas apresentava-se assintomático. Do ponto de vista sistêmico, a paciente apresenta Diabetes mellitus, o que a torna uma paciente ASA II. Ao exame clínico intraoral a paciente apresentou uma fístula na mucosa vestibular na região do ápice do dente 21 (FIGURA 01), seus tecidos duros estavam normais. A coroa do dente estava fraturada até a dentina, com coloração dentária e tecidual modificada. Durante a exploração clínica notou-se uma lesão de cárie profunda e dor à palpação vertical.

Nos exames radiográficos, foi possível notar uma câmara pulpar atresada, com canal radicular atresado e imagem radiolúcida circunscrita no ápice radicular com descontinuidade da lâmina dura (FIGURA 02). Quanto as características da dor, seu aparecimento era provocado, curta duração, com frequência intermitente, localizada e de intensidade leve. Aos testes térmicos de sensibilidade pulpar, a paciente apresentou resposta negativa. A hipótese diagnóstica frente ao quadro foi de abscesso periapical crônico. O tratamento escolhido para o dente 21 foi o endodôntico com esvaziamento, seguido por pulpectomia, preparo do canal radicular, obturação e selamento provisório. Ele foi dividido em duas sessões: na primeira ocorreu o preparo do terço cervical e médio (brocas Gattes Glidden) (FIGURA 03), odontometria (FIGURA 04), preparo do terço apical e o uso de medicação intracanal com Ca(OH)₂+ soro por 15 dias. Na segunda sessão, notou-se o desaparecimento da fístula devido a medicação intracanal (FIGURA 05) e foi realizada a remoção da medicação e a obturação do canal radicular pela técnica de condensação lateral e vertical (FIGURA 06 e 07), além de posterior tomada radiográfica do resultado final do tratamento endodôntico (FIGURA 08). Após isso, foi realizado o fechamento do canal com cimento de ionômero de vidro para posterior restauração definitiva. Para reabilitar a estética do paciente, foi indicado a confecção de facetas diretas de resina composta, nos dentes 11 e 21, com o objetivo de devolver a estética e a autoestima do paciente, mas dentro de sua realidade financeira. O procedimento foi feito com isolamento absoluto de canino a canino e a redução da face vestibular dos dois elementos dentários e a remoção da lesão de cárie (FIGURA 09). Após o prepara dentário foi iniciado o procedimento adesivo com o sistema adesivo de dois passos: condicionamento com ácido fosfórico por 15 segundos em dentina e 30 segundos em esmalte, lavagem abundante com água, aplicação do adesivo/primer (Single Bond®) em duas camadas. Logo em seguida foi realizado o procedimento restaurador propriamente dito, com a resina Z250® nas cores A3,5 e

A3, nos dentes 11 e 21. Após foi realizado o acabamento e polimento com os discos Soflex® (FIGURA 10) e chegou-se ao resultado final (FIGURA 11).



Figura 1. Quadro inicial.



Figura 2. Radiografia periapical inicial.

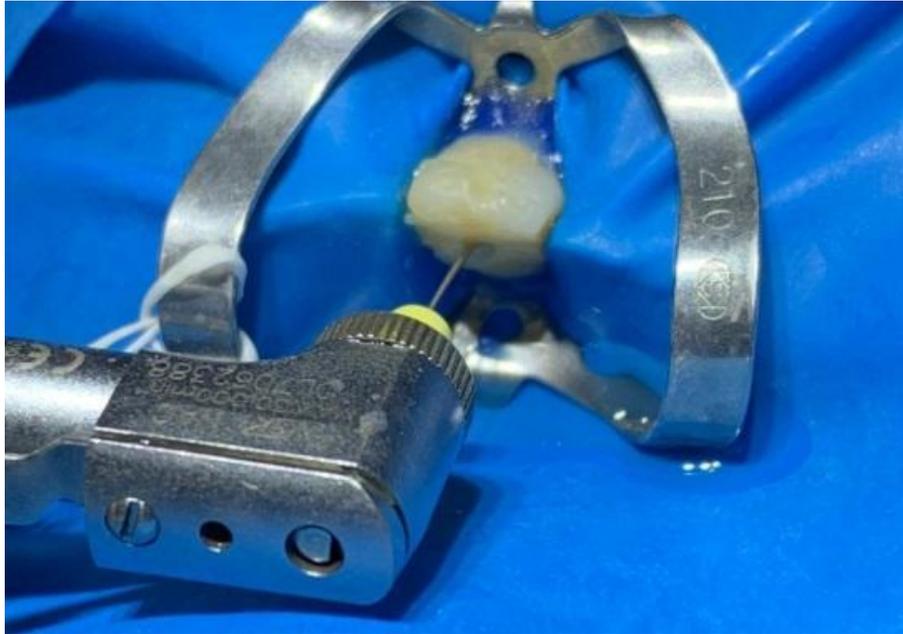


Figura 3. Uso da Gattes Glidden para preparo do 1/3 cervical e médio do canal radicular.



Figura 4. Odontometria.



Figura 5. Desaparecimento da fistula após 15 dias de medicação.



Figura 6. Prova do cone de guta-percha.

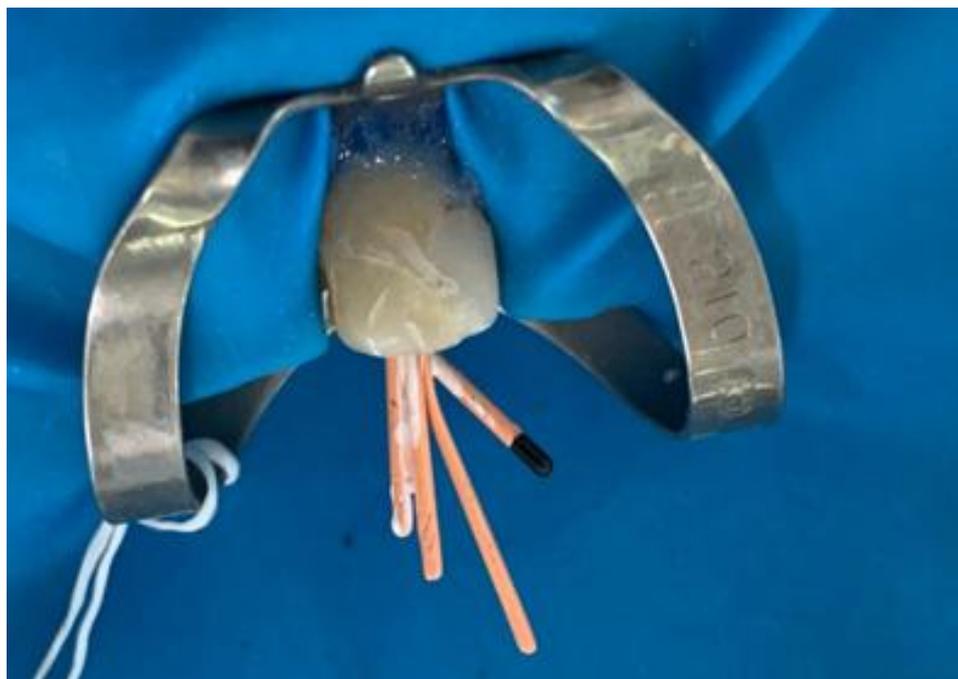


Figura 7. Obturação pela técnica da Condensação Lateral.



Figura 8. Radiografia Final de Obturação.



Figura 9. Isolamento absoluto e preparo do dente 21 e 11.



FIGURA 10. Acabamento da faceta de resina.



FIGURA 11. Aspecto final da resina direta.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é possível perceber que a condição de um abscesso crônico por demandar de um processo lento e normalmente assintomático, faz com que o paciente não perceba o que está acontecendo até que ocorra o surgimento da fístula¹.

É importante considerar a importância de um diagnóstico bem realizado para se obter o tratamento correto e o prognóstico esperado². Um tratamento endodôntico corretamente realizado, traz resultados diretos e aliviam qualquer incômodo que o paciente possa vir a estar sentindo.

Levando em conta, a realidade do quadro clínico e todos os sinais e sintomas apresentados pela paciente, obteve-se o diagnóstico diferencial de abscesso crônico e se deu início ao tratamento. Ao final do mesmo, a fístula já havia desaparecido e a estética da paciente já havia retornado, melhorando assim, sua autoestima. É importante ressaltar que embora o tratamento tenha sido bem executado do ponto de vista clínico e radiográfico, o

acompanhamento da do caso clínico deve ser realizado por meio de radiografias periapicais periódicas, até que a cura possa ser estabelecida com a neoformação óssea na região periapical.

REFERÊNCIAS

1. LOPES HP, SIQUEIRA JF. **Endodontia: Biologia e Técnica.** GEN | Grupo Editorial Nacional. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2020.
2. ESTRELA C. **Endodontia laboratorial e clínica [recurso eletrônico].** Organizadores: Léo Kriger, Samuel Jorge Moysés, Simone Tetu Moysés; Coordenadora: Maria Celeste Morita; São Paulo: Artes Médicas, 2013. (ABENO: Odontologia Essencial: parte clínica).
3. AZAMBUJA TWF DE, BERCINI F, MOSCHEN AZ, WHEISSHEIMER AP, REINHARDT L. **Abscesso crônico Associado à fístula extra-oral: revisão de literatura e apresentação de caso clínico e cirúrgico.** R. Fac. Odontol.1998; 39 (1): 09-13.
4. PELOZO AD. **Abcessos endodônticos crônicos [Trabalho de Conclusão de Curso].** Sete Lagoas (MG): Faculdade Sete Lagoas; 2018.