

**UNIVERSIDADE TIRADENTES  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ABSCESSO PERIAPICAL: DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

**DAYZIO RICARDO SANTOS SANTANA ALMEIDA  
DYEGO MORENO SANTOS  
JOSÉ MIRABEAU DE OLIVEIRA RAMOS**

ARACAJU/SE  
2008

**DAYZIO RICARDO SANTOS SANTANA ALMEIDA  
DYEGO MORENO SANTOS**

**ABSCESSO PERIAPICAL: DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado a Coordenação do Curso de  
Odontologia da Universidade Tiradentes,  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de bacharel em odontologia.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Banca Examinadora

---

Prof<sup>o</sup>. Msc. José Mirabeau de Oliveira Ramos  
Universidade Tiradentes

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Maria Amália Gonzaga Ribeiro  
Universidade Tiradentes

---

Prof<sup>o</sup>. Msc. Sérgio Giansant Júnior  
Universidade Tiradentes

Sonho que sonha só é apenas um sonho, sonho que se sonha junto é realidade.

Raul seixas

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiro agradeço a Deus, por ter me dado uma grande oportunidade e ter sempre me iluminado e ter abençoado os meus estudos e meus caminhos, obrigado, Senhor. agradeço aos meus pais Antônio e Roseane, pois confiaram em mim e me concederam essa oportunidade de realizar o meu sonho. Agradeço por terem abdicado de seus sonhos em favor do meu objetivo. Obrigado de coração, amo vocês. Agradeço ao meu irmão, Whendel Almeida que sempre ficou do meu lado nesses 4 anos, obrigado pela força. Agradeço ao meu irmão Thaiso Antônio, que sempre me apoiou em tudo, me ajudando e transmitindo energia positiva para o meu sucesso, agradeço às minhas avós (Dalva Almeida, José Marques de Almeida e Ricardina Santos), tios, primos que sempre torceram pela minha vitória. Agradeço a minha namorada, Anelisa Dorea, que sempre me dando carinho, conselhos, compartilhando tristezas, me dando total apoio e sempre torcendo pelo meu sucesso.

Agradeço a Universidade Tiradentes, pela imensa estrutura e capacidade de fornecer um curso em excelência de ensino e qualidade. Parabéns.

Agradeço ao curso de Odontologia, responsável pelo meu conhecimento e êxito.

Agradeço ao meu orientador, professor José Mirabeau, exemplo de profissional, muito obrigado por toda orientação, dedicação, atenção, paciência, agradeço pelo seu carisma, apoio e por ter abdicado seu tempo, em favor da realização da nossa monografia, muito obrigado Mirabeau, o senhor é um exemplo a ser seguido.

Agradeço aos professores da Universidade Tiradentes, em especial (José Carlos Pereira, Raimundo Silva Rocha, Murilo, Luiz Guilherme, Luciano Pacheco, Sérgio Giasante, Amália Ribeiro) obrigado pela paciência e por ter transmitido seus conhecimentos com muito afinho e êxito, obrigado, pela atenção de vocês.

Agradeço aos funcionários da Clínica Odontológica, a presença de vocês foi fundamental para realização do nosso trabalho na clínica odontológica.

Agradeço aos meus colegas, em especial (Aline, Jaqueline, Dyego Moreno, Tamile, Jondiel, Helmut, Wilson, Isabel, Tania, Ana Rita, Samile, Gabriela, conviver com vocês nesses 4 anos foi muito bom, obrigado pelo apoio.

DAYZIO RICARDO S.S. ALMEIDA

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus maiores mestres, o senhor Jesus Cristo e o seu pai celestial, o mestre Javé por estarem sempre comigo desde o meu nascimento e em todos os momentos importantes de minha vida. A vocês o meu eterno obrigado, eu amo vocês de todo o meu coração.

Não poderia também deixar de agradecer aos meus pais por todo o apoio moral que me deram e por terem abdicado de seus sonhos para a realização do meu e por sempre torcerem pela minha vitória. Obrigado de coração, amo muito vocês.

Agradeço ao curso de Odontologia por ter me dado o suporte com a sua impecável estrutura.

Agradeço ao corpo docente da Universidade Tiradentes em especial ao meu amigo e mestre, o professor José Mirabeau Ramos pela sua implacável orientação durante a realização dessa monografia e aos professores da Universidade Tiradentes.

Não poderia deixar de agradecer aos funcionários da Clínica Odontológica, em especial ao Cláudio, Neide e Tenissom por todo o apoio que me passaram durante esses quatro anos. Obrigado por tudo.

Porfim agradeço aos meus colegas, em especial ao Dayzio, Vitor Garcia Moreno, Anne Cristine, Allan, Aline, Valadão e Jonatas. Muito obrigado e sucesso a todos.

**DYEGO MORENO SANTOS**



ABSCCESSO PERIAPICAL:  
DIAGNÓSTICO E TRATAME

## ABSCCESSO PERIAPICAL: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Dayzio Ricardo Santos Santana ALMEIDA<sup>1</sup>  
Dyego Moreno SANTOS<sup>2</sup>  
José Mirabeau De Oliveira RAMOS<sup>3</sup>

### RESUMO

O abscesso periapical é uma das patologias mais comuns a serem encontradas na clínica odontológica. Tem como principais fatores etiológicos: a cárie dentária, os traumatismos dentais e a irritação do periápice por produtos químicos, mecânicos e bacterianos. Se não for tratada rapidamente, poderá evoluir para infecções mais graves que acometerão os espaços profundos da cabeça e pescoço, podendo causar até mesmo infecções mais graves como as mediastinites entre outras infecções a nível sistêmico. Entretanto, é uma patologia de difícil diagnóstico, levando-se em conta a localização da unidade dental envolvida e confusões com outras patologias orais como: úlceras, abscessos periodontais e tumores. Sendo necessário o uso de inúmeros métodos de diagnóstico dentre eles, os testes de vitalidade pulpar, testes de percussão, se durante exames extra ou intra-oral é observada a formação de uma fístula e se após exame radiográfico há alteração no peripápice, se está em evolução ou em um estado evoluído ou associados a outros exames periodontais para que não haja confusão com patologias periodontais para que se possa realizar a conduta terapêutica mais adequada, variando da realização da exodontia ou terapia de canal com penetração desinfetante, seguida em alguns casos de medicação sistêmica. Até a realização dos tratamentos citados anteriormente em conjunto com a drenagem via canal ou incisional. Neste trabalho, serão apresentados casos clínicos relatados na literatura, além de dados eletrônicos e citações de livros relatando o diagnóstico e o tratamento adequado do abscesso periapical.

**Palavras-chave:** abscesso periapical, diagnostico, periapíce, tratamento,.

### ABSTRACT

The periapical abscess is one of the most common pathologies found at the adontologic clinic. The main etiological factors are: dental care, dental traumatism and periapical irritation by chemical, mechanic and bacterial products. If it's not treated quicly, it can develop more serious infections that will reach the deep spaces of the head and neck. They even can cause mediastinits or other sustemic infections. But it's a hard pathology diagnosis considering the locate of the tooth evolving and

confusions with another bucal pathologies like ulcer, periodontal abscess or 1  
It's necessary the use of numerous diagnoses methods like vitality pulpar  
percussion tests, if while an extra or intra-oral exam can be seem a cutaneous  
and if after a radiographic exam there's no confusion with periodontal diseases  
to know the disease's evolution if inicial or evolved for make the correct treatment,  
like exodonty or root canal therapy with disinfectant penetration with the use of  
systemic medication. Also can be made the drainage by root canal therapy or  
incision drainage. This article showed clinical cases related at the literature, including  
electronic data and book citations relating the diagnosis and the adequate treatment  
of the abscess.

**Keywords:** diagnose, periapical abscess, treatment.

<sup>1</sup> Graduando em Odontologia pela Universidade Tiradentes; Aracaju/SE.

<sup>2</sup> Graduando em Odontologia pela Universidade Tiradentes; Aracaju/SE.

<sup>3</sup> Mestre Integrado da Universidade Tiradentes; Aracaju/SE.

# SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3. DISCUSSÃO.....	31
4. CONCLUSÃO.....	37
REFERÊNCIAS.....	38

## INTRODUÇÃO

As infecções dentais são a causa mais comum de patologias que acometem os dentes. Essas lesões, se tratadas a tempo, através de tratamento restaurador, ainda poderão preservar a vitalidade pulpar. Entretanto, quando a vitalidade pulpar da unidade dental está comprometida, essas infecções poderão evoluir para lesões periapicais, como abscessos periapicais, granulomas ou cistos periodontais apicais.

As principais causas dessas lesões periapicais são infecções produzidas por cárie ou trauma e irritações químicas ou mecânicas que acometem a polpa e esta, depois de necrosada, começará a irritar os tecidos periapicais, sendo que, mecanismos imunológicos complexos estarão envolvidos na formação dessas lesões periapicais. Podendo a lesão se tornar crônica ou evoluir para um abscesso crônico.

Os dentes que se encontram acometidos de necrose pulpar, podem apresentar como sintomatologia primária, uma dor pulsátil, como se estivesse pressionando o dente. O quadro é conhecido como pericementite apical. Este quadro poderá evoluir para um abscesso periapical que poderá evoluir para um flegmão seguindo-se de fístula que será drenada para o fundo de vestibulo. As duas últimas apresentam-se assintomáticas sendo detectadas somente em exames radiográficos de rotina (Siqueira e Lopes 2004)

Para o diagnóstico, são utilizados os testes de vitalidade pulpar que deverão dar resposta negativa e apresentar resposta positiva aos testes de percussão e área radiolúcida em exames radiográficos. Entretanto, vale ressaltar que em áreas radiolúcidas muito extensas, é muito difícil de identificar o dente originário

da infecção, sendo necessário realizar um rastreamento da fístula através de cones de gutta-percha (Silvero ET AL 2002).

O diagnóstico é extremamente importante para evitar iatrogenias quanto a realização do tratamento. Se não tratado, ainda poderá evoluir para infecções nos espaços fasciais localizados entre os músculos e para infecções mais graves, como: trombose do seio cavernoso, angina de Ludwig e, em casos mais extremos, até para mediastinites.

O tratamento consiste na remoção do conteúdo séptico-tóxico do canal radicular através de tratamento endodôntico da unidade dental comprometida. Em casos de comprometimento dos espaços fasciais, será necessária drenagem dos exsudato purulento e, em alguns casos, para evitar disseminação de microrganismos sistemicamente entrar com antibioticoterapia.

A drenagem do abscesso pode ser realizada via canal ou através de incisões em inchaços visíveis através de exames extra-orais com posterior colocação de um dreno para permitir a saída do exsudato purulento, ou seja, quando há comprometimento dos espaços fasciais. Entretanto, quando o trajeto fistuloso limita-se ao periapical do dente, a drenagem poderá ser feita através da via canal, trepanando-se o forame apical para a saída do exsudato.

Através da pesquisa de dados eletrônicos e citações de livros, foi realizada uma revisão de literatura para pesquisar quais as tendências atuais tanto no diagnóstico como na conduta terapêutica dos abscessos periapicais.

## **OBJETIVO**

O objetivo deste trabalho foi o de realizar uma revisão de literatura para pesquisar sobre o diagnóstico e conduta terapêutica do abscesso periapical.

## REVISÃO DE LITERATURA

De acordo com Campanelli et al (2008) Os sinais vitais auxiliam no acesso da saúde do paciente e no conhecimento da severidade das doenças. Objetivando identificar as mudanças nos sinais vitais de pacientes com necrose pulpar e abscesso periapical agudo, selecionou 30 pacientes em seu estudo para avaliar-lhes sinais vitais. Usando ainda, uma escala visual análoga para relatar sobre dor e desconforto, sendo o tratamento retribuído em seguida e a escala visual análoga (VAS) repetida a cada visita. Comparados os resultados, não mostraram nenhuma alteração significativa nesses sinais, entretanto, após o tratamento, houve diferenças significativas na redução da dor e desconforto, não havendo, porém, diferença na presença ou ausência de edema.

Segundo Ghodshi e Ghiasi (2006) Os trajetos fistulares cutâneos de origem dental são freqüentemente um diagnóstico desafiador. Um diagnóstico demorado e incorreto pode resultar em um tratamento inadequado. Eles descreveram dois casos comuns de infecções periapicais. O primeiro paciente se apresentava com uma massa tumoral fistulada abaixo do queixo presente por um ano. O paciente tinha somente um dente e que estava anatomicamente alheio com o tumor. O exame radiográfico mostrou um dente dormente que estava infectado periapicalmente. O segundo caso era um homem que era acometido de assimetria e mudança em seu sulco nasolabial esquerdo de quatro a cinco semanas de duração. No exame, os sulcos nasolabiais estavam assimétricos sem nenhum sinal de paralisia facial. Em um exame intra-oral, Havia um dente severamente comprometido do mesmo lado. Pesquisa radiográfica confirmou a infecção periapical. Algumas semanas após o tratamento proposto, os sulcos nasolabiais tornaram-se simétricos.

De acordo com Montebugnoli et al (2004) Avaliou a eficácia de uma série de parâmetros objetivos para monitorar o inchaço facial em um grupo de pacientes tratados com claritromicina, utilizando como método, cinquenta pacientes consecutivos que estivessem sofrendo de abscesso dental (22 no arco maxilar e 28 no arco mandibular) foram registrados.

Todos esses pacientes sofreram terapia antibiótica com claritromicina em uma nova formulação e uma única dose diária (500 MG/dia durante 6 dias). Dor e mudanças no inchaço facial foram avaliados em uma base de dados e cada dia durante 6 dias parâmetros subjetivos (escala visual análoga VAS) e parâmetros objetivos (6 diferentes fitas métricas na superfície da pele sobre o abscesso). Os resultados mostraram que os resultados registrados pelo dentista (usando os registros da VAS) mostraram reduções estatisticamente significantes ( $p < 0.01$ ) nos dias 2, 3, e 4, enquanto nenhuma alteração significativa adicional foi observada durante os dias 4, 5, e 6. Em consideração aos parâmetros objetivos para quantificar o inchaço facial, a máxima mudança dimensional (da base de dados aos valores finais) no arco mandibular foi obtida com medidas de 6 (valores de  $2.27 \pm 0.53$  cm); a máxima mudança no arco maxilar foi obtida com a soma das outras cinco medidas (valores de  $6.34 \pm 4.09$  cm). Concluindo que o uso de uma escala individual e uma combinação de medidas lineares pode promover um método sensível e reproduzível para avaliar o inchaço facial objetivamente e podendo ser muito útil no monitoramento da eficácia de novos antibióticos e para comparar o resultado de diferentes estudos.

Mukerji; Jones (2002). O trajeto sinuoso de origem dental que drena para a pele pode ser um diagnóstico desafiador. A demora de um correto diagnóstico dessas lesões pode resultar em um tratamento inapropriado e inefetivo; porém, se

reconhecido cedo, o trajeto fistuloso geralmente é resolvido após terapia endodôntica ou extração. Reportaram um caso de um trajeto fistuloso cutâneo secundário de um abscesso periapical de um primeiro molar mandibular. O caso foi tratado com sucesso após a extração e a cicatrização do trajeto fistuloso.

Mittal Gupta (2004) O trajeto sinuoso cutâneo de origem dental é uma incomum, mas, bem documentada condição. Seu diagnóstico nem sempre é fácil, tampouco o tratamento clínico considerando a possibilidade de sua origem dental. Desta maneira, pacientes podem passar por múltiplas excisões cirúrgicas, biópsia e regimes de antibióticos, mas, todos eles falham com a recorrência do trajeto fistuloso. Isto é porque a etiologia primária é incorretamente diagnosticada. Este relato de caso descreve o tratamento de quatro pacientes apresentando-se com variáveis queixas de dor, exsudatos purulentos e sanguíneos das lesões da face. Exames clínicos e radiográficos revelaram dentes cariados com áreas radiolúcidas indicando abscesso perirradicular crônico. Os dentes eram recuperáveis, então, a terapia endodôntica não-cirúrgica foi realizada em todos eles. Nenhuma antibioticoterapia sistêmica foi provida. Os pacientes responderam bem, todas as lesões cutâneas cicatrizaram desigualmente. O diagnóstico impróprio pode levar a perda desnecessária que pode ser de outra maneira mantida temporariamente e proposto acompanhamento.

Sheehan et al (2005) Relataram um caso clínico de uma mulher de 44 anos de idade, que se apresentava com uma lesão crônica drenando em sua face lateralmente ao sulco nasolabial. A lesão era refratária ao tratamento com antibióticos orais. O exame físico revelou edentulismo parcial e uma radiografia panorâmica demonstrou abscesso periapical na maxila direita do incisivo lateral e canino. Um diagnóstico de fístula cutânea de origem odontogênica foi realizado, e o

paciente foi tratado com a extração dentária. A fístula cutânea subseqüentemente resolvida. Exames intra-orais e radiografias são críticos para a realização do diagnóstico de drenagem de fístula cutânea de origem odontogênica. Muitos pacientes desnecessariamente passam por terapias cirúrgicas antes de terem o correto diagnóstico realizado, mas, o tratamento de canal ou a extração cirúrgica são o tratamento de escolha.

Soares, et al (2007) Descreveram em um artigo o curso clínico de três casos com formação de fístula extra-oral, para o diagnóstico, tratamento a curto prazo de abscesso fênix e avaliação. Todos os dentes envolvidos tinham radiolucência perirradicular áreas notadas em exame radiográfico e fístula extra-oral presente no queixo com exsudação e aparência desagradável e antiestética. O protocolo de tratamento adotado incluiu a terapia endodôntica. Após a modelagem do canal usando hipoclorito de sódio a 5,25% como solução química auxiliar, pasta base de hidróxido de cálcio associada com diferentes veículos foram inseridas dentro do canal radicular por quatro meses, e foram trocadas mensalmente. Todo o trajeto fistuloso foi reparado de sete a dez dias. As lesões apicais foram completamente reparadas em um período de vinte e quatro meses. O tratamento adotado previa uma cicatrização completa das lesões periapicais em um curto período. O reparo cirúrgico foi, portanto, desnecessário.

Souza et al (2003). Em pesquisa para identificar os microrganismos do canal radicular com abscesso periapical e apurar a suscetibilidade do *Peptostreptococcus prevotti* e *Fusobacterium necrophorum* a antimicrobianos. O estudo constituiu de trinta amostras de canais radiculares recolhidas com o uso de pontas de papel esterilizadas. Os microrganismos concomitantes foram identificados pelo uso direto de métodos de estabilização. A suscetibilidade do *P.*

*prevotti* e *F. necrophorum* foi avaliada pelo uso de teste de método E. Resultando de um total de 117 diferentes espécies bacterianas foram recolhidas incluindo 75 anaeróbios estritos ou espécies microfilicas. Os anaeróbios estritos mais freqüentemente isolados foram *P. prevotti*, *Peptostreptococcus micros* e *F. necrophorum*. Bactérias facultativas assim como *Gemella morbillorum* e *Streptococcus mitis* também foram encontradas embora menos freqüentemente. Os dados revelaram que o *P. prevotti* e *F. necrophorum* foram susceptíveis aos antibióticos testados. Concluindo então que as bactérias anaeróbias gram positivas predominam na microbiota mista de canais radiculares com abscesso periapical, além disso, *P. prevotti* e *F. necrophorum* foram susceptíveis aos antibióticos testados.

Yasui et al (2005). Apesar do fato de a fístula cutânea de origem odontogênica ser bem documentada, a condição ainda é comumente mal diagnosticada, porque a periodontite crônica periapical pode ser assintomática e raramente abre para a pele. Um caso clínico de uma mulher japonesa de 75 anos de idade se apresentou a nossa clínica com a queixa principal de uma lesão da pele esquerda da bochecha com suave sintomatologia dolorosa. O exame físico revelou um nódulo subcutâneo coberto com pele eritematosa em sua região bucal esquerda. Das culturas do nódulo subcutâneo cresceram espécies bacterianas e *Peptostreptococcus micros*, mas não renderam bacilos ácido-rápidos, fungos ou *Actinomyces*. Manchas de pus mostraram um considerável número de varas gram negativas. O exame histopatológico revelou um abscesso de formação focal na derme profunda e tecido subcutâneo. A avaliação dental, incluindo uma radiografia panorâmica mostrou uma área radiolúcida alveolar a esquerda e abaixo do ápice do primeiro molar, sugerindo um abscesso periapical. Terapia antibiótica por três semanas associada com terapia cirúrgica de canal radicular eliminou o nódulo

subcutâneo. Um alto grau de suspeita é requerido para um correto diagnóstico de uma lesão facial baixa como sendo de origem odontogênica e proposta avaliação dental deve ser considerada.

Matthews DC, Sutherland S, Basrani B (2003) Preformam uma sistemática revisão de literatura e meta-análise na efetividade de intervenções medicamentosas usadas no acompanhamento do abscesso apical agudo na dentição permanente. Utilizando-se de dados eletrônicos, estes pesquisados e divulgados em Março de 2002. Foram pesquisadas bases de dados eletrônicas a partir de sua criação em março de 2002. Essas pesquisas, combinadas com o manual de motores de busca, rendeu 85 citações quais 35 eram pertinentes. Independente aplicação de critérios de inclusão de 3 comentadores rendeu 8 elegíveis estudos controlados randomizados. Os dados relativos à população, as intervenções, os resultados (redução da dor ou inchaço ou ambos, conforme relatado por pacientes ou médicos) e de qualidade metodológica foram determinados por triplicada revisão independentes. Divergências foram resolvidas por consenso. Todos os documentos incluídos na meta-análise comparada com um antibiótico um controle ativo, um placebo ou não farmacoterapia como um adjuvante de doentes que tinham recebido terapêutica concomitante (incisão e drenagem, terapia endodôntica ou extração). A 8 ensaios foram randomizados, em 3 destes, o método de randomização foi descrito e foi adequado. Cinco estudos foram duplo-cego, e dois destes descrito o método de cego. Quatro ensaios descritos retirados, mas nenhum deles incluiu uma intenção de tratamento na análise.

Seis estudos comparando 2 antibióticos. Para os resultados ausência de infecção e de dor as razões não foram agrupados chances estatisticamente significantes para o resultado ausência de dor e infecção 3 estudos demonstraram

um efeito um tratamento equivalente em ambos os tratamentos e os grupos de controle. Um estudo de embalagem aberta com marca de estudo com um índice de qualidade de 2) apresentaram um resultado favorecendo azitromicina ao longo de co-amoxiclaw em termos de redução da dor sozinho (OR 0,58, intervalo de confiança 95% 0,35-0,96) dois estudos comparando terapia antibiótica com placebo antibiótico; nenhum benefício para os pacientes foi demonstrada com esta intervenção. Concluindo que o acompanhamento do abscesso agudo localizado na dentição permanente, o abscesso deverá ser drenado através de uma pulpectomia ou incisão e drenagem. Esta análise indicou que antibióticos não são de nenhum benefício adicional. No evento de complicações sistêmicas como: Febre, linfadenopatia ou celulite ou pacientes imunocomprometidos, os antibióticos podem ser prescritos em adição a drenagem do dente.

Cantarole; Klein; Lienblitch (2002) Afirmaram que o trajeto sinuoso cutâneo de origem dentária é freqüentemente mal diagnosticada e inapropriadamente tratado por causa de sua ocorrência incomum e ausência de sintomas em aproximadamente metade dos indivíduos afetados. Pacientes são freqüentemente referidos com uma recorrência de um cisto crônico, um furúnculo ou uma úlcera na face ou no pescoço. O diagnóstico correto é baseado em um alto índice de suspeição e em evidência radiológica de uma infecção radicular periapical. Adequado tratamento resulta em previsível e rápida reparação dessas lesões. Apresentaram também um caso relatado deste erro de diagnóstico comum e uma revisão de literatura com considerações do diagnóstico e tratamento.

Qazi et al (2006) O trajeto sinuoso cutâneo odontogênico é uma rara, mas bem documentada condição. É geralmente mal diagnosticada como uma lesão cutânea local e mal tratada por antibióticos sistêmicos e/ou excisão cirúrgica com

eventual recorrência. Isto é porque a etiologia primária é incorretamente detectada. Veio uma paciente de 30 anos de idade que se apresentava com uma lesão cutânea em sua bochecha esquerda com freqüente exsudato purulento e não estava respondendo a antibioticoterapia sistêmica.

Rôças et al (2000) Objetivando detectar *Treponema denticola* em casos de abscesso perirradicular agudo. O DNA retirado das amostras de pus foi examinado pelo método "Polymerase Chain Reation" direcionado para o gene RNAr (fração 16S). A amplificação usando o "primer" da espécie *Treponema denticola* permitiu detectá-la em 5 dos 6 casos de abscessos examinados. Apenas uma banda de tamanho esperado foi observada para as amostras positivas para esta bactéria, o que foi confirmado pela comparação do DNA de referência do *Treponema denticola* (controle positivo). Até o momento, este é o primeiro relato da presença desta espiroqueta, considerada um importante patógeno periodontal em infecções endodónticas. Os resultados sugerem que o *Treponema denticola* também pode ser um importante patógeno endodóntico.

Gomes; Drucker; Lilley (2007) Embora uma ampla faixa de espécies bacterianas tenha sido isolada de canais dentais radiculares infectados, permanece necessário determinar se algum tipo de tais bactérias está relacionado com sinais e sintomas específicos. Neste estudo, 30 canais foram analisados microbiologicamente. Destes, 14 foram associados com dor, 20 com tendência à percurssão, 23 se apresentaram com umidade, sete com edema, cinco com exsudato purulento e quatro com uma fístula. Correlações clínicas e microbiológicas foram observadas particularmente com regressão de dor onde os anaeróbios foram isolados em 93% dos canais dolorosos e somente em 53% dos canais livres de dor.

As formers renderam recursos de espécies anaeróbias 2.5 e espécies facultativas de 1.6 por canal. Comparados com 1.5 e 2.4 em canais livres de dor ( $p < 0.01$ ) similarmente peptostreptococci foram isolados de 71,4% de canais doloridos e 31,3% de canais pouco doloridos ( $p < 0.05$ ). Concluindo-se que significativa relação existe entre dor e a presença de *prevotella* e *peptostreptococcus ssp* em canais radiculares.

Zuckerman et al ( 2007) afirmam que flares-up durante ou acompanhando tratamento endodôntico não são incomuns. Um flare-up refere-se à dor pós-operatória e/ou inchaço resultante de irritação bacteriana, mecânica ou química. Diagnóstico e tratamento adiantados são essenciais para a redução de dor e desconforto para os pacientes. Prevenção de invasão química, mecânica e bacteriana dos tecidos periapicais é a melhor conduta. Outras modalidades de tratamento as quais reduzem a probabilidade de irritação dos tecidos perirradiculares também deveriam ser adotadas. Etiologia, prevenção, diagnóstico e opções de tratamento do flare-up, casos são discutidos assim como a indicação de analgésicos, de acordo com a severidade da dor.

Sathorn ; Parashos ; Messer; (2008) Realizaram uma revisão na qual avaliaram a evidência em relação à dor pós-operatória e flare-up em única ou múltipla visita em tratamentos de canal. Bases de dados da CENTRAL, MEDLINE, e EMBASE foram pesquisados. Listas de referências de artigos identificados foram escaneados. Uma pesquisa encaminhada foi empreendida pelos autores de artigos identificados. Artigos que tinham citado esses artigos foram também identificados através do índice de citação científica para identificar pesquisa primária relevante subsequente. Estas incluíam estudos clínicos comparando a prevalência e severidade de dor pós-operatória ou flare-up em única ou múltipla visita de

tratamento de canal radicular. Dados nestes estudos foram extraídos independentemente, resultando em dezesseis estudos montados em critérios de inclusão na revisão com tamanho amostral de 60 a 1012 casos.

A prevalência de dor pós-operatória variou de 3% a 58%. A heterogeneidade entre os estudos incluídos eram demasiadamente grandes para conduzirem a meta-análise e renderam resultados significantes. Incontornáveis evidências indicaram significativamente a prevalência de dor pós-operatória de dor/flare-up em uma sessão ou mais de uma sessão de tratamento de canal radicular são ausentes.

(Moreira et al 1999) O abscesso periapical agudo é uma patologia comum na clínica odontológica, podendo evoluir para processos infecciosos com o comprometimento de estruturas importantes da cabeça e do pescoço. Dessa forma, é imprescindível estabelecer a terapêutica adequada o mais rápido possível, evitando complicações maiores. Neste estudo procuramos discutir sobre características de formação e evolução dos abscessos periapicais agudos, bem como sobre o tratamento e o prognóstico dessa patologia aguda

Murakami et al (2001) Em um estudo prévio, analisaram um antibiótico monoclonal específico contra os lipopolissacarídeos do *Porphyromona endodontalis* e demonstrava que este lipopolissacarídeo foi detectado no fluído de canais radiculares infectados por bactérias. Eles relatavam que o lipopolissacarídeo do *P. endodontalis* no material infeccioso, age como um agente estimulador da formação do abscesso periapical via de expressão de citocinas inflamatórias. Nosso estudo epidemiológico mostrou que o lipopolissacarídeo foi detectado em níveis significantes no material infeccioso de pacientes com periodontite apical e abscesso odontogênico. O material infeccioso induziu a expressão do fator de necrose

tumoral-alfa, interleucina 1-beta ou fator quimiotático de neutrófilos KC originados de muitos macrófagos, foram significativamente neutralizados pelo anticorpo monoclonal contra o lipopolissacarídeo. Em adição, também foi detectado quantidades significantes de fator de necrose tumoral-alfa no material infectado. Estes resultados sugerem que o lipopolissacarídeo do *P.endodontalis* é um importante mecanismo formador do abscesso maxilofacial via expressão de citocinas inflamatórias.

Siqueira (2002) discutem dez casos clínicos de doentes atendidos em regime de urgência (feminino-7 e masculino-3) em ambulatório odontológico de um hospital geral, devido a abscessos periapicais. A média de idade foi 30,7 anos (mínima de 14, máxima de 82 anos), a etiologia foi de necrose pulpar (cárie-4 e restauração profunda-2), pós-cirúrgico de incluso (1), infecção periapical (1), raiz residual (1) e flare-up (1). Dor espontânea em 44,7 por cento dos casos; as demais queixas foram edema, dificuldade visual, dificuldade de dormir e aumento indolor da gengiva. O quadro álgico é extremamente doloroso, geralmente acompanhado de edema, e a qualidade da dor freqüentemente é do tipo latejante, podendo espalhar-se pelo segmento craniofacial. A condição sistêmica indicou: gestantes (3), hipertensão arterial sistêmica (1) e diabetes (1). Foram realizadas: drenagens cirúrgicas (1) via canal (4), exodontias (3) e instrumentações sem drenagem (2). Pós-operatório: não retornaram (20 por cento); melhora total (60 por cento); permanência de edema leve (10 por cento). A melhora ocorreu entre 3 e 7 dias em 80 por cento dos casos. Uma doente ficou internada por 5 dias. Eventualmente podem surgir complicações graves, o que não foi observado nesta amostra. É importante salientar a variabilidade das condições clínicas (local e sistêmica) em que

a doença se apresenta, devendo haver adequação da terapêutica em cada caso. A dor foi avaliada através da Escala Visual Analógica (EVA) (AU)

Souza et al (2008) O objetivo desse trabalho foi verificar se o uso do Paramonoclorofenol Canforado (PMCC) como medicação após o atendimento de urgência em casos de abscesso periapical agudo é o fator determinante da ausência de dor pós-operatória dos pacientes. O tratamento de urgência em 33 pacientes com abscesso periapical sintomático foi dividido em dois grupos. Nos pacientes do grupo I, após o atendimento foi colocada uma bolinha de algodão embebida em PMCC na câmara pulpar e no grupo II foi colocada uma bolinha de algodão seca, sem nenhum medicamento. Os resultados mostram que não houve diferença significativa entre os dois grupos.

Salgado et al (2003) Relataram um caso de uma paciente do sexo feminino de 17 anos que sofreu de reagudização de uma lesão crônica após tratamento endodôntico. No qual, a paciente apresentava elevada sensibilidade aos testes de percussão e ausência de sensibilidade aos testes de calor e frio, apresentando o quadro de abscesso fênix. Foi receitado um analgésico e um antibiótico, pois a obturação do canal apresentava-se satisfatória. Entretanto, na sessão seguinte, houve um aumento no processo de agudecimento do abscesso, que passou da fase de em evolução para evoluído. Foi necessário então, auxiliar a drenagem via cutânea ao retratamento endodôntico com desbridamento foraminal. Após a irrigação, foi colocada uma medicação intracanal seguido pelo selamento coronário e prescrição analgésica e inflamatória voltarem-comprimidos e clavulim-comprimidos-500mg Na sessão seguinte, foi utilizado curativo de demora Callen/PMCC por 14 dias. Decorrido esse tempo, o dente foi obturado.

Silvério; Rego; Toledo (2002) Relataram o diagnóstico diferencial entre abscesso periapical e periodontal, ressaltando-se a importância de se realizar este diagnóstico para se evitar tratamentos iatrogênicos e desnecessários. Realizando-se a sondagem periodontal, com o intuito de se verificar se há comunicação da lesão com a margem gengival, gengiva inflamada, e aumento da profundidade de sondagem periodontal geralmente há um maior índice de alteração periodontal. O uso de contrastes radiográficos introduzidos em trajetos fístuloso constituiu um valioso auxílio da sede da lesão. Outro aspecto importante a ser levado em consideração, é a determinação da vitalidade pulpar através de testes térmicos, elétricos e teste mecânico. Entretanto, estes testes devem ser combinados para uma resposta mais precisa possível.

Gomes et al (2003) Objetivaram verificar o reparo dos tecidos periapicais de um dente com abscesso fênix após retratamento endodôntico associado à cirurgia parendodôntica, tendo esse dente já recebido previamente tratamento endodôntico convencional e cirúrgico simultâneos. Foi relatado um caso clínico em três etapas: tratamento de urgência, tratamento do canal radicular, no qual se realizou preparo biomecânico pela Técnica de Oregon Modificada e empregou-se pasta de hidróxido de cálcio associado ao PMCC como medicação intracanal, e, tratamento cirúrgico por meio de curetagem periapical. Após preservação do caso, verificou-se, clinicamente, ausência de sintomatologia e, radiograficamente, reparação dos tecidos periapicais. Conclui-se que, mesmo em dentes que já receberam cirurgia parendodôntica, na presença de infecção, o retratamento endodôntico é indispensável para saneamento do canal radicular e que, havendo necessidade de terapia cirúrgica complementar, a curetagem periapical pode ser uma modalidade cirúrgica viável para esses casos.

Lopes e Siqueira Jr (2004) Classificaram a pericementite como um estágio anterior ao abscesso periapical. Sendo caracterizado pela resposta do periodonto apical a infecções bacterianas de alta intensidade, causando edema e compressão das fibras nervosas do periodonto, o que gerará um quadro de dor aguda. Durante os exames clínicos, o paciente relatará dor intensa e localizada, relatará também a sensação de dente crescido. Os testes de vitalidade pulpar apresentarão resultados negativos e respostas positivas aos testes de percussão, sendo o quadro de periodontite apical aguda confirmado por aumento na espessura do ligamento periodontal apical o tratamento consiste na eliminação do agente agressor e a retirada do dente de oclusão. Este quadro poderá evoluir para o abscesso perirradicular agudo onde o infiltrado inflamatório predominante é o de leucócitos polimorfonucleares (PMN) que se dá pelo fato dessas células não conseguirem eliminar a infecção por bactérias altamente virulentas. Clinicamente, o paciente reclama de dor espontânea, localizada e pulsátil. Podendo apresentar sinais de envolvimento sistêmico ou não. Verifica-se também tumefação intra e extra-oral, dependendo do estágio de evolução do abscesso, os testes pulpares apresentam resultados negativos e os achados radiográficos mostram que se há suspeita de um abscesso fênix, haverá destruição da cortical óssea e se o processo se desenvolve pela infecção pulpar, há apenas espessamento do espaço do ligamento periodontal. O tratamento consiste em pulpectomia e drenagem da coleção purulenta do dente via intracanal ou por incisão da mucosa, a depender da relação anatômica do dente, ou seja, nos incisivos centrais a drenagem ocorre pela cortical vestibular, nos laterais e primeiros molares superiores, pela cortical palatina devido ao fato de o primeiro apresentar o ápice ligeiramente voltado para palatina e o segundo, apresentar a raiz palatina. Os caninos e segundos molares superiores drenam para

a face vestibular. Nos dentes inferiores, a drenagem dependerá da localização do ápice do dente envolvido em relação à inserção do músculo milo-hióideo.

Machado (2007) Caracteriza o abscesso periapical como uma área de supuração composta por uma área central de polimorfonucleares degenerados rodeados por tecidos vivos e linfócitos ocasionais. Semelhante às características encontradas no abscesso periapical agudo, onde uma grande área de destruição tecidual é verificada. No diagnóstico clínico do abscesso periapical agudo, o paciente relata dor intensa, contínua, pulsátil, irradiada e exacerbada pelo contato oclusal, percurssão e palpações bastante sensíveis, não respondendo aos testes térmicos, não havendo efeito o uso de analgésicos. O tratamento consiste em penetração desinfetante e drenagem via canal ou mucosa sendo, em último caso por via cutânea. O uso de antibióticos está vinculado às condições de saúde do paciente e no êxito da drenagem. No abscesso crônico, o dente normalmente é assintomático, podendo ter alguma sensibilidade à mordida, apresenta ligeira sensibilidade à percurssão e não responde aos testes de vitalidade pulpar, o uso de analgésicos é contra-indicado e o tratamento consiste no preparo químico mecânico do canal dependendo do tamanho da lesão e medicação com iodofórmio.

Leonardo (2008). Classifica microscopicamente, o abscesso dentoalveolar agudo tem as seguintes fases evolutivas: A fase apical, óssea, subperiostal, flegmatosa, submucosa ou subcutânea e de fistulização. Na fase apical, nota-se um aumento do exsudato purulento e liberação de mediadores inflamatórios como cininas e prostaciclina responsáveis por dor intensa, na fase óssea, ganha espaços ósseos medulares intertrabeculados, na fase subperiostal ocorre reabsorção focal da cortical óssea infiltra-se na interface delineada pelo perióstio e cortical, na fase flegmatosa, o perióstio é degradado pela ação enzimática do exsudato se difundindo

pelos tecidos moles regionais; formando o flegmão, na fase subcutânea ou submucosa; o exsudato já atingiu a derme ou a lâmina própria e, por fim, na fase fistulização, observa-se um ponto de flutuação; onde a coleção purulenta está localizada. Classificando-se ainda em três fases clínicas distintas: Inicial, em evolução, e evoluído. Na fase inicial; os sinais e sintomas predominantes são dor espontânea, intensa localizada e pulsátil. O dente apresenta acentuada mobilidade e extrusão. A região apical torna-se extremamente sensível à palpação apesar disso, não existe alteração radiográfica, a não ser um ligeiro espessamento do ligamento periodontal. Devido a tais eventos, a conduta terapêutica a ser tomada é o tratamento de urgência local e sistêmico através neutralização do conteúdo séptico-tóxico do canal radicular seguido de desbridamento foraminal e, devido ao fato de existirem bactérias na região periapical instituímos uma medicação sistêmica. Quando o abscesso está em evolução, é caracterizado por uma alteração do volume facial onde o paciente apresenta um inchaço firme (duro) e aquecido, onde não se diferencia um ponto de flutuação, não há vitalidade pulpar, a dor apresenta redução de intensidade e não há alterações radiográficas. O tratamento é o mesmo do abscesso em fase inicial. No abscesso evoluído, o paciente apresenta regressão de sintomas e o inchaço difuso duro e aquecido apresentando uma área definida caracterizada pela concentração de pus com ponto de flutuação. O tratamento é o mesmo, diferenciando-se pela necessidade de drenagem cirúrgica da coleção purulenta. O abscesso dentoalveolar crônico se caracteriza pela seqüência reacional do abscesso agudo associada à fistulização orgânica define-se pelo envolvimento de área de trajeto fistuloso por tecido granulomatoso e de granulação. O diagnóstico diferencial baseia-se em realização de teste de sensibilidade, quando o teste é positivo, indica-se lesão periodontal, se negativo, lesão endo-periodontal.

Clinicamente, o paciente não apresenta sintomas típicos de inflamação aguda devido à presença da fístula. Como sinal de alteração crônica nota-se o escurecimento coronário de um dente sem vitalidade pulpar associado a uma osteíte rarefaciente difusa. O tratamento é a mesma conduta de uma necropulpectomia II. Se a lesão for crônica (granuloma ou cisto periapical) e ocorre uma mudança na microbiota pelo sistema de canais, geralmente quando se manipula o canal, se houver uma queda acentuada na resistência do hospedeiro ou por produtos tóxicos estimulatórios, ou mesmo invasão de bactérias no periápice haverá reagudecimento da lesão, levando a um abscesso fênix.

Estrela (2004) Afirma que os aspectos clínicos da periodontite apical sintomática infecciosa caracterizam-se clinicamente pela presença de dor contínua após o preparo de dentes com polpa necrosada, dor a palpação e percussão, discreta sensação de dente extruído e dor independente de tratamento prévio. O aspecto radiográfico pode mostra-se normal, alargamento do espaço correspondente a membrana periodontal e rarefação óssea periapical. O tratamento consiste na realização de pulpectomia com penetração desinfetante, ou seja, a remoção da polpa necrótica em etapas, trabalhando com pequenas amplitudes longitudinais com o auxílio de instrumentos k-file de 08 a 15 e solução de hipoclorito de sódio de 1 a 2,5%. O mesmo autor classifica os abscessos periapicais em: Sem fístula, sem fístula em fase inicial, sem fístula em evolução, sem fístula evoluída e abscesso periapical com fístula. O abscesso periapical sem fístula é caracterizado por uma alteração inflamatória periapical associada à coleção purulenta composta pela desintegração tecidual e caracterizada pela presença de exsudato no interior da lesão. O conhecimento da microbiota do abscesso torna-se necessário para intervir local e sistemicamente. Dentre os fatores etiológicos, está a evolução da cárie

dentária, que resulta da necrose pulpar com posterior evolução para uma periodontite apical infecciosa ou manobras que possam conduzir os microrganismos para a região apical, transformando uma infecção assintomática em sintomática. Dentre os aspectos clínicos, está a presença de dor intensa, localizada, dor à palpação, percurssão e mobilidade dentária, resultantes da compressão de filetes nervosos pelo acúmulo de exsudato no ligamento periodontal. No abscesso em fase inicial, também é observada dor intensa, pulsátil, localizada e contínua. Dor à palpação apical e percurssão e resposta negativa aos testes de vitalidade pulpar. É comum a mobilidade dentária e o aspecto radiográfico de destruição do periápice é pouco evidente, variando da normalidade ao ligeiro aumento de espaço periapical. A conduta terapêutica a ser tomada, consiste em realizar o esvaziamento do conteúdo do canal radicular com alívio oclusal e penetração desinfetante com instrumento de calibre fino, com o desbridamento foraminal, analisa-se a presença ou não de drenagem, seguido de terapêutica sistêmica com antimicrobiano e analgésico. No abscesso periapical sem fístula em evolução, observa-se a mesma sintomatologia, mas com menor intensidade, edema evidente sem ponto de flutuação e inchaço na área agredida e ausência de vitalidade pulpar. O aspecto radiográfico em algumas situações caracteriza-se por alargamento do espaço periodontal apical. A conduta terapêutica é a mesma, porém nem sempre ocorre drenagem via canal. No abscesso evoluído, as características clínicas são as mesmas do abscesso em evolução com inchaço facial. O aspecto radiográfico, apesar de não ser apreciável, apresenta rarefação óssea periapical difusa, sendo que a coleção purulenta já se instalou na região submucosa com inchaço, tumefação e área avermelhada. A terapêutica é a mesma, porém, a drenagem será realizada por via intra ou extrabucal próxima ao ponto de flutuação, seguida de medicação. Por fim, no

abscesso periapical com fístula pode se desenvolver de uma infecção aguda ou crônica. Sendo caracterizado pelo foco de supuração próximo à região periapical. O exame radiográfico mostra áreas de rarefação periapical que variam de difusa à circunscrita podendo ser mapeado pela introdução de um cone de gutta-percha pela fístula. O processo é assintomático regredindo com tratamento endodôntico.

## DISCUSSÃO

O abscesso periapical é uma patologia comum na clínica odontológica que se não tratada a tempo poderá evoluir para infecções mais graves que venham a acometer os espaços profundos da cabeça e pescoço. Esta patologia é comumente mal diagnosticada por apresentar ausência de sintomas em metade dos indivíduos afetados, sendo que, o paciente geralmente se refere a um cisto ou furúnculo na face. O diagnóstico se dá por alto índice de suspeitas e evidências radiográficas. Se a lesão for diagnosticada e tratada o mais cedo possível e adequadamente, o tratamento será o mais adequado através de exodontia ou extração e a lesão cicatrizará mais rapidamente. O diagnóstico deve ser cuidadoso, pois pode haver confusão com o abscesso periodontal. Diferenciando-os através da avaliação de sinais e sintomas de vitalidade pulpar e profundidade de sondagem (Moreira et al 1999 Silvério Rego ; Toledo 2002, Mukerji Jones 2002, Rego, Toledo 2002, Cantarole, 2002).

Através de testes de DNA das amostras retiradas de pus, submetidas à polimerase chain reaction foi detectado o *Treponema denticola* em 5 dos 6 casos, sugerindo que este é um importante patógeno endodôntico. Também foi observado que o lipopolissacarídeo produzido pelo *Porphyromona endodontalis* é um importante

formador do abscesso periapical, agindo como potente mediador inflamatório e fator quimiotático principalmente de neutrófilos. Foram pesquisados 30 canais para ver se havia alguma relação entre os microrganismos e os sinais e sintomas do abscesso. Os anaeróbios foram isolados em 93% dos canais dolorosos mostrando que há uma relação entre os microrganismos e os sintomas clínicos. (Roças 2000, Murakami, 2001, Gomes, Drucker, Lilley 2007).

O abscesso periapical é originado de diferentes fatores etiológicos como: resto radicular, cárie, necrose pulpar, infecção periapical e restauração profunda. Os pacientes relatam dor espontânea e intensa sintomatologia dolorosa com inchaço facial. Realizada a terapia de drenagem via canal e incisional há melhora na maioria dos casos. A redução da sintomatologia é acompanhada através da utilização de escala visual análoga (EAV). (Siqueira, 2002).

Em estudo para verificar a prevalência de microrganismos anaeróbios através da coleta de canais radiculares e testes com antibióticos para se verificar a suscetibilidade dos mesmos, foi verificado que as bactérias anaeróbias gram positivas predominam na microbiota mista de canais radicular sendo o *F. necrophorum* e *P. prevotti* foram susceptíveis aos antibióticos testados. Em estudo duplo-cego e placebo, foi verificada a eficácia dos antibióticos para saber se estes eram favoráveis ou não, concluindo que os mesmos só podem ser utilizados se houverem complicações sistêmicas não havendo benefícios adicionais destes se utilizados sem essas complicações e ainda acompanhados de drenagem e pulpectomia. (Matthews, Sutherland, Basrani 2003, Souza et al 2003)

Porém, o abscesso periapical no qual já sofreu tratamento endodôntico, é necessário retratar o dente em questão, o medicado com hidróxido de cálcio associado ao PMCC associado à cirurgia pararendodôntica com curetagem periapical.

Ainda que haja casos de tratamento endodôntico insatisfatório com abscesso fênix, que pode ser necessário realizar cirurgia pararendodôntica com a técnica de Oregon modificada, curetagem periapical e medicação intracanal com pasta Callen com posterior preservação, obtendo-se adequada cicatrização. Cuidado durante a instrumentação de canais deve ser tomado para que não haja irritação química, mecânica ou por bactérias dos tecidos periapicais e não ocasione o reagudecimento de uma lesão que não tinha qualquer sintomatologia podendo ocasionar um abscesso fênix. Em casos clínicos nos quais o paciente relata elevada sensibilidade à percussão e resposta negativa pulpar do quadro de abscesso fênix, foi receitado apenas um antibiótico e um analgésico, pois a obturação do canal apresentava-se satisfatória. Entretanto, na sessão seguinte, houve um aumento no processo de agudização e evolução do abscesso, sendo necessária uma drenagem e retratamento com desbridamento foraminal com medicação local e sistêmica. (Salgado, Campiello, Filho, Leonardo 2003, Gomes, Dourado, Dias, Albuquerque 2003, Zuckerman et al 2007)

Embora o diagnóstico do abscesso não seja fácil, devido à dificuldade de se verificar o dente originário, o paciente também passa por biópsias e regimes de antibióticos que se tornam desnecessários com o tempo. O correto diagnóstico clínico revela exsudatos purulentos, sanguíneos, dentes cariados. O exame radiográfico revela áreas radiolúcidas indicando abscesso crônico. Sendo que, se possível, deve-se optar pela terapia de canal não-cirúrgica sem o uso de antibióticos e acompanhamento. A claritromicina tem mostrado bons resultados na redução do inchaço facial, foi observada a redução do inchaço facial durante 6 dias em arcos dentais comprometidos pelos abscessos com a utilização de fitas métricas. Melhores resultados são observados nos três primeiros dias, não sendo observadas

mudanças significativas nos outros dias restantes e anotados em VAS. (Mittal N, Gupta 2004, Montebugnoli et al 2004)

O abscesso periapical é descrito clinicamente como uma patologia que apresenta intensa sintomatologia dolorosa, dor a palpação e percussão, sensação de extrusão dental e ausência de vitalidade pulpar. Tendo como protocolo clínico, a realização do preparo biomecânico do canal com irrigação, alívio oclusal e drenagem viam canal. Se esta não for possível, drenagem intra ou extra-oral. Podendo a patologia ainda ser classificada clinicamente como: Fase inicial, em evolução e evoluído.

Sendo que, é importante conhecer tanto as fases da doença quanto sua microbiota para que se possa intervir local e sistemicamente. Sendo a pericementite classificada como um estágio inicial do abscesso, caracterizando-se por formação de edema que ocasionará a compressão de fibras nervosas do periodonto o que ocasionará a sintomatologia dolorosa também relatando sensação de dente crescido sendo o infiltrado inflamatório predominante de leucócitos polimorfonucleares. Havendo ainda uma diferença entre o abscesso apical e abscesso fênix pelo fato de o primeiro radiograficamente mostrar apenas um espessamento do espaço do ligamento periodontal enquanto que no segundo, haverá destruição da cortical óssea. (Estrela 2004, Lopes e Siqueira Jr. 2004).

Na doença em seu estado evoluído, é observado como um nódulo subcutâneo com suave sintomatologia dolorosa. Culturas antimicrobianas também revelaram o crescimento de *Peptostreptococcus micros*, com consideráveis números de gram-negativos. O exame histopatológico serve em alguns casos para monitorar a formação do abscesso e uma ortophantografia pode ser utilizada para verificar áreas radiolúcidas em abscessos crônicos. Devendo o dente ser tratado com terapia

de canal associada à antibioticoterapia e acompanhamento No arco maxilar pode ser observado o comprometimento do sulco nasolabial. É indispensável à combinação do diagnóstico clínico e radiográfico para uma correta conduta terapêutica, ou seja, a extração e, se possível, o tratamento de canal. Devendo ser considerada alguma drenagem para os espaços profundos da cabeça e pescoço. (Sheeham, Loreta 2005, Yasui et al 2005)

Ressaltam a importância tanto de um diagnóstico rápido como do exame extra-oral durante o diagnóstico, pois, em um dos casos relatados, o paciente apresentava-se com o sulco nasolabial assimétrico, sendo que, estes voltaram a se tornarem simétricos após o tratamento.

Não recomendam que a antibioticoterapia sistêmica resolva o trajeto sinuoso cutâneo, devendo Ser o caso devidamente diagnosticado e seu fator etiológico detectado para uma conduta terapêutica mais completa. (Qazzi et al 2006, Godshi, Guiazi 2006)

Após a realização de tratamento do canal com a colocação de medicação intracanal, sendo que, esta foi trocada mensalmente por quatro meses. O trajeto fistuloso foi cicatrizado entre 7 e 10 dias com a total reparação da lesão periapical após 24 meses (Soares et al 2007). O abscesso dental é caracterizado histologicamente por uma área central composta por leucócitos polimorfonucleares e rodeado de linfócitos e tecidos vivos ocasionais. A sintomatologia dolorosa vai regredindo à medida que o abscesso vai evoluindo e o uso de antibióticos está relacionado às condições de saúde do paciente (Machado MEL 2007).

(Leonardo 2008) Classifica o abscesso tanto microscopicamente, como clinicamente. Microscopicamente, Há aumento do exsudato purulento com a liberação de mediadores inflamatórios, sendo que, a lesão vai ganhando os espaços

medulares ósseos, até que chegue ao perióstio, degradando-o em seguida e formando o flegmão localizando-se sob a pele ou mucosa e formando um ponto de flutuação conhecido como fístula. Clinicamente, está subdividido em: Fase inicial, a qual é caracterizada por intensa sintomatologia dolorosa e sensação de dente extruído; estando em evolução, poderá ser observada alteração do volume facial, apresentando inchaço duro e aquecido não havendo ponto de flutuação e no abscesso evoluído, há presença de ponto de flutuação e redução da sintomatologia dolorosa.

Defendem o uso de PMCC como medicação para tratamentos de emergência no alívio da sintomatologia dolorosa de pacientes acometidos de abscesso periapical agudo para posterior complementação com o tratamento endodôntico convencional.

Pesquisaram em dados eletrônicos e evidências clínicas para avaliarem a prevalência e severidade de dor pós-operatória relacionadas ao flare-up, variando de 3 a 58%, indicando que a dor pós-operatória em uma ou mais de uma sessão são ausentes. Relatam que a coleta de sinais vitais do paciente, além de fornecer dados em relação a sua saúde, também auxilia no conhecimento da severidade das doenças. Utilizando-se ainda da escala visual análoga para avaliar a redução de dor e desconforto, após o tratamento dessas doenças. (Sathorn, Parashos, Messer 2008, Souza et al 2008, Campanelli, et al 2008).

## **CONCLUSÃO**

Concluimos, portanto, com este estudo que uma correta conduta terapêutica só deve ser realizada se houver um correto diagnóstico. Diagnóstico

este, realizado através de exames extra e intra-oral, observando-se se há aumento de volume facial ou fístula cutânea ou a nível de mucosa, testes de vitalidade pulpar, testes de percussão, além de avaliar a sintomatologia do paciente que pode variar de dor intensa, pulsátil e localizada a discreta sintomatologia dolorosa, a depender do estágio do abscesso e observando se há ou não rarefação periapical no exame radiográfico ou se há ligeiro espessamento do ligamento periodontal. Seguido de necropulpectomia com penetração desinfetante. Entretanto, deve-se ter cautela na hora de se realizar o diagnóstico do abscesso periapical, pois é grande a quantidade de equívocos relatada na literatura. É imprescindível que cada etapa do diagnóstico seja seguida de forma cautelosa para evitar que o paciente passe por tratamentos inadequados para o caso.

É necessário também que se tenha um amplo conhecimento dos estágios de progressão da doença, inclusive dos tipos de microrganismos mais freqüentemente encontrados, pois neste trabalho, são mostrados o *Treponema denticola*, *Prevotella prevotti*, *Fusobacterium necrophorum*, *peptostreptococcus SSP* e *Porphyromona endodontalis* como os principais patógenos endodônticos mais freqüentes para que se possa intervir de forma mais adequada de acordo com o estágio da doença além de se conhecer os tipos de microrganismos específicos e a sintomatologia para que se possa entrar com as medicações adequadas. Sendo dentre estas, a pasta callen que é uma associação de hidróxido de cálcio com paramonoclorofenol canfonado a medicação mais utilizada pelas suas ações tanto em microrganismos aeróbios quanto em anaeróbios. Poderão ser feitas, a depender das condições da unidade dental envolvida, ou a exodontia ou o tratamento de canal.

## REFERENCIAS

CAMPANELLI CA, Walton RE, Williamson DE, Drake DR, Quian F, **Vital signs of the Emergency Patient with pulpar necrosis and localized acute apical abscess**, Journal of endodontics, volume 34, number 3, March 2008.

CANTATORE JK, Klein PA, Liebllich LM, **Cutaneous dental sinus tract, a common misdiagnosis: A case report and review of literature**, Cutis, volume 70, number 5, pages 264-7, November 2002.

ESTRELA C, **Ciência Endodôntica**, volume 1, Editora Artes Médicas, São Paulo-SP, pgs 207-225, 2004.

GHODSHI SZ, Guiasi M, **Two unusual cases of dental infection**, Dermatology Online Journal, Volume 12, número 4, Página 15, Julho de 2006.

GOMES ACM, Dourado AT, Dias EOS, Albuquerque ES, **Conduta Terapêutica em Dentes Com Lesão Refratária ao Tratamento endodôntico convencional e Cirúrgico-Caso Clínico**, Revista de odontologia faculdade de odontologia de Pernambuco, volume 3, n 1, Jan/Mar-2003

GOMES BCPA, Drucker DB, Lilley JD, **Association of specific bacteria with some endodontic signs and symptoms**, International Endodontic Journal, volume 27, Issue 6, pages 291-8, 25 September 2007.

LEONARDO MR, **Endodontia: Tratamento de Canais Radiculares Princípios Técnicos e Biológicos**, volume 1, Editora Artes Médicas LTDA, pgs 47-97, São Paulo-SP, 2008.

LOPES HP, Siqueira Jr. JF, **Endodontia Biologia e Técnica**, 2ª edição, editora Guanabara Koogan S.A, pgs 58-62, Rio de Janeiro-RJ, 2004.

MACHADO MEL, **Endodontia da Biologia à Técnica**, 1ª edição, Livraria Santos Editora, pgs 38- São Paulo-SP, 2007.

MURAKAMI Y, Hanazawa S, Tanaka S, Iwahashi H, Yamamoto Y, Fujisawa S, **A possible mechanism of maxillofacial abscess formation: Involvement of Porphyromonas endodontalis lipopolysaccharide via the expression of inflammatory cytokines**, volume 16, issue 6, pages 321-325, 21 December 2001.

MATTHEWS DC, Sutherland S, Basrani B, **Emergency Management of Acute Apical Abscess in the Permanent Dentition: A Systematic Review of the Literature**, Journal of the Canadian dental association, volume 69, n 10, pages 660/669, November 2003.

MITTAL N; Gupta P, **Management of extra-oral sinus cases: A clinical dilemma**, Journal of endodontics, volume 30, n 7, pages 541-7, July 2004.

MOREIRA RWT, Laureano Filho JR, Mazzone R, Moraes, M; **Abscesso periapical agudo: Diagnóstico, prognóstico, complicações e tratamento/Acute periapical abscess: Diagnosis, Prognosis, complications and treatment**, Revista da associação brasileira de cirurgiões-dentistas volume 53, n 3, páginas 197/200, Mai/Jun 1999.

MUKERJI R, Jones DC, **Facial sinus of dental origin: A case report**, Dental Update, volume 29, n 4, pages 170-1, May 2002.

MONTEBUGNOLI L, Servidio D, Miaton RA, Cuppini A, Baffioni R, Peronace V, Sanasi V, Cozzi M, **An objective method of assessing facial swelling in patients with dental abscesses treated with clarithromycin**, Minerva Stomatology, Volume 53, n 5, pages 263-71, May 2004.

QAZI SS, Manzor NA, Qureshi R, Arjumandi B, Hussain SM, Afrid Z, **Nonsurgical endodontic management of cutaneously draining odontogenic sinus**, Journal of Ayubi Medical College Abbottabad, Volume 18, n 2, pages 88/9, Apr/Jun 2006.

ROÇAS IN, Siqueira Jr. JF, Favieri A, Santos KRN, **Detecção de *Treponema denticola* em casos de abscesso perirradicular agudo**, Pesquisa odontológica brasileira, volume 4, n 3, p-209-212 Jul. /Set. 2000

SALGADO AAM, Campiolo IT, Filho RMO, Leonardo MR, **Desobturação de Canal Radicular em Casos de Agudização de Lesão Periapical Crônica (Abscesso Fênix)**, Jornal Brasileiro de Endodontia, Volume 4, n 15, páginas 291/4, Dezembro de 2003.

SATHORN C, Parashos P, Messer H, **International Endodontic Journal**, volume 41, n 2, páginas 91-9, February 2008.

SHEEHAN Daniel J, Loreta MS, **Cutaneous Draining Sinus Tract of Odontogenic Origin Unusual Presentation of a Challenging Diagnosis**, Southern Medical Journal, volume 98, n 2, pages 250/2, February 2005.

SILVÉRIO KG, Rego ROCC e Toledo BEC, **Diagnóstico Diferencial Entre Abscesso Endodôntico e Periodontal**, Jornal Brasileiro Endo/Perio, Volume 3, número 10, páginas 251-4, 2002.

SIQUEIRA SRDT, Siqueira JTT, **Infecções odontogênicas agudas: discussão de casos**, BCI, volume 9, n 33, páginas 16/20, Jan/Mar 2002

SOARES JÁ, Carvalho FB, Pappen FG, Araújo GS, Pontes Lima RK, Rodrigues VM, Toledo Leonardo R, **Conservative Treatment of Patients With Periapical Lesions Associated With Extraoral Sinus Tract**, Australian Endodontics Journal, volume 33, n 3, paginas 131-5, December 2007.

SOUZA RA, Naves RC, Souza SA, Gomes NSC, Dantas JCP, Lago M, **Influência do Paramonoclorofenol Canfonado na Dor Pós-Operatória**, Revista Odontológica Brasileira Clínica, volume 17, n 43, ISSN 1981-3708, 2008.

SOUZA EL, Ferraz CC, Gomes BP, Pinheiro ET, Teixeira FB, Souza Filho FJ, **Bacteriological Study of Root Canals Associated With Periapical Abscess**, Oral Surgical, Oral Medicine, Oral Patology, Oral Radiology Endodontics, volume 96, n 3, pages 332-9, September 2003.

YASUI H, Yamaguchi M, Ichimiya M, Yoshikawa Y, Hamamoto Y, Muto M, **A case of cutaneous odontogenic sinus**, Dermatology Journal, volume 32, n 10, pagina 852-5, October 2005.

ZUCKERMAN O, Metzger Z, Sela G, Gin S, **Flare-up during endodontic treatment-etiology and management**, Refuat Hapeh Vehashinayim, volume 24, n 2, pages 19-26 April 2007.

.