UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

PAMELLA CRISTINA OLIVEIRA SILVA

TRATAMENTO DE ABSCESSO FÊNIX EM SESSÃO ÚNICA
RELATO DE CASO

Piracicaba
2019

PAMELLA CRISTINA OLIVEIRA SILVA

TRATAMENTO DE ABSCESSO FÊNIX EM SESSÃO ÚNICA. RELATO DE CASO

Monografia apresentada á Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientadora: Prof.ª Dra.ª Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE Á VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA DEFENDIDA PELA ALUNA PAMELLA CRISTINA OLIVEIRA SILVA E ORIENTADA PELA Prof.ª Drª. BRENDA PAULA FIGUEIREDO DE ALMEIDA GOMES.

Piracicaba
2019

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Heloisa Maria Ceccotti - CRB 8/6403

Si38t

Silva, Pamella Cristina Oliveira, 1992-
Tratamento de abscesso fênix em sessão única : relato de caso / Pamella Cristina Oliveira Silva. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes.
Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Abscesso periapical. 2. Infecção focal. 3. Endodontia. I. Gomes, Brenda Paula Figueiredo de Almeida. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações adicionais, complementares

Título em outro idioma: Treatment of single-session phoenix abscess: case report
Palavras-chave em inglês:
Periapical abscess
Focal infection
Endodontics
Área de concentração: Endodontia
Titulação: Especialista
Data de entrega do trabalho definitivo: 04-02-2019

DEDICATÓRIA

Dedico estre trabalho ao meu **Amado Pai**, que me proporcionou subsídios para a execução deste curso, como também sempre se mostrou realizado, feliz e incentivador deste sonho que aqui se conclui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu bom Deus, que guiou meus passos, me deu forças para não desistir desta jornada, me abençoou e protegeu durante esses dois anos, nos milhares de quilômetros percorridos para alcançar esse objetivo! Sem Deus, não teria chegado até aqui!

Aos meus familiares, pelo apoio, incentivo e confiança na minha capacidade de conseguir concretizar mais uma etapa na minha vida profissional!

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do seu Diretor Francisco Haiter Neto.

Á Profa. Dra Brenda P. F. de Almeida Gomes, pela orientação deste trabalho e por todos os seus ensinamentos repassados, a qual tenho imensa admiração pela grandeza do conhecimento e exercício na área da endodontia.

Aos meus professores da área de Endodontia, Adriana de Jesus Soares, Brenda P F A Gomes, Alexandre Augusto Zaia e José Flávio Affonso de Almeida, que prestaram ensinamentos valiosos desde aulas teóricas até o atendimento clínico. Agradeço em especial ao professor Alexandre Zaia, por sua paciência, zelo e competência durante as clínicas, sendo capaz de me deixar segura para executar os tratamentos por ele orientado, sem falar nas suas fantásticas aulas teóricas, capaz de prender toda minha atenção, tornando um aprendizado mais fácil e satisfatório! Meu obrigada a cada um de vocês, pela experiência aqui vivida! Tenho certeza de que não seria tão lucrativa se não fosse com vocês!

À Maria Helidia Neves e Janaina Oliveira, pessoas de carisma indecifrável, que aprendi a gostar e querer sempre por perto com essa energia que contagia.

A todos os meus colegas de turma, Ana Maria J Fusatto, Arthur Pimentel Barroso, Fernanda Yukari Takara, Lidiane Mendes Louzada, Luiz Paulo de Abreu Oliveira, Mariane Paganini Lamari, Marina dos Santos Faria, Natalia Cristina T. P. Bertato, Renato Canaveze, Sergio Ricardo Ferraz de Almeida e Tassia Marchetti Botrel. Obrigada pela companhia durante esses dois anos, em vocês encontrei amigos

e colegas que me fizeram levar este curso de uma maneira mais suave e agradável! Nossa turma tem um jeito especial, e ela foi construída com a personalidade de cada um! Desejo sucesso a todos vocês!

Agradeço em especial as minhas amigas que se tornaram inseparáveis durante este percurso, Ana Maria Fuzzato, Natalia Peres, Mariane Paganini e Tassia Botrel, por estarem sempre comigo em cada minuto desta jornada. Tenho a certeza que encontrei em vocês uma amizade jamais imaginada. Cada sorriso, desabafo, conselho, serão para sempre guardados comigo! Uma amizade como a de vocês, fez estes dois anos passar em 2 meses! Amo vocês!

A todos os pacientes, que confiaram em meu trabalho e com quem eu aprendi muito.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a minha formação profissional, para a realização deste trabalho e que contribuem para o meu contínuo crescimento pessoal.

RESUMO

As infecções odontogênicas são reações inflamatórias, podendo ser agudas ou crônicas, caracterizadas por coleções purulentas localizadas. Essas infecções estão frequentemente associadas à destruição do osso alveolar, portanto esta patologia de caráter urgente requer um atendimento imediato para evitar que a mesma se dissemine de forma sistêmica. A maior parte das infecções odontogênicas, chamadas de abscesso, se originam a partir da necrose pulpar com invasão bacteriana nos tecidos periapical e periodontal. O abcesso periapical crônico consiste na cronificação de um abcesso periapical agudo, com presença de exsudato purulento. Quando ocorre agudização dessa lesão periapical crônica, essa infecção passa a ser denominada de abcesso fênix, abscesso esse, caracterizado por sua localização no ápice de dentes com lesão periapical, com presença de secreção purulenta e dor severa relatada pelo paciente. Este trabalho tem como objetivo descrever o tratamento endodôntico de dente com abcesso crônico agudizado (abscesso fênix), realizado em sessão única, e verificar o reparo dos tecidos periapicais após o tratamento. Paciente J.S.O, 26 anos de idade, chegou ao consultório dentário queixando-se de dor aguda e latejante. Foram realizados a anamnese, exame clínico e radiográfico, verificando-se a presença de um abscesso localizado ao exame clínico e lesão radiolúcida na região do terço médio do dente 21. O diagnóstico foi de abcesso periapical crônico agudizado, i.e. abcesso fênix, exigindo a realização de tratamento endodôntico para controle da infecção e drenagem do abscesso para remoção da dor. Após os tratamentos efetuados houve a redução da dor e posterior regressão da lesão, verificada por meio da radiografia periapical de acompanhamento. Pode-se concluir que com o tratamento endodôntico adequado do dente com abscesso fênix há a redução da infecção intracanal e a remissão da sintomatologia, com consequente reparo ósseo da região periapical.

Palavras-chave: Abscesso periapical. Infecção focal dentária. Tratamento endodôntico.

ABSTRACT

Odontogenic infections are inflammatory reactions, which may be acute or chronic, characterized by localized purulent collections. These infections are often associated with the destruction of the alveolar bone, so this pathology, with an urgent nature, requires immediate care to prevent it from spreading systemically. Most odontogenic infections, called abscesses, originate from pulpal necrosis with bacterial invasion to the periapical/periodontal tissues. The chronic periapical abscess consists of the chronification of an acute periapical abscess, with the presence of purulent exudate. When this chronic periapical lesion is exacerbated, this infection is referred as a phoenix abscess, an abscess characterized by its location at the apex of teeth with periapical lesion, with purulent secretion and severe pain reported by the patient. This study aims to describe the endodontic treatment of a tooth with acute chronic abscess (phoenix abscess), performed in a single session, and to verify the repair of periapical tissues after treatment. Patient J.S.O, 26 years old, arrived at the dental office complaining of acute and throbbing pain. Anamnesis, clinical and radiographic examination were performed, and a localized abscess was observed at the clinical examination and a radiolucent lesion in the middle third of the tooth 21. The diagnosis was acute periapical abscess, ie, phoenix abscess, requiring the accomplishment of endodontic treatment for infection control and drainage of the abscess for pain removal. After the treatments, there was a reduction of pain and posterior regression of the lesion, verified by periapical follow-up radiographs. It can be concluded that with adequate endodontic treatment of the tooth with phoenix abscess there is a reduction of the intracanal infection and the remission of the symptomatology, with consequent bone repair of the periapical region.

Key words: Periapical abscess. Focal dental infection. Endodontic treatment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras		Página
Figura 1	Aspectos clínicos do dente afetado (21).	16
Figura 2	Radiografia periapical inicial do dente 21.	16
Figura 3	Exsudato purulento após a drenagem do abscesso	17
Figura 4	Cone de papel estéril sem presença de exsudato	18
Figura 5	Prova do cone	18
Figura 6	Obturação e restauração definitiva do dente 21	18
Figura 7	RX periapical de acompanhamento	18

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 PROPOSIÇÃO 13

3 REVISÃO DE LITERATURA 14

4 RELATO DE CASO CLÍNICO 16

5 DISCUSSÃO 19

6 CONCLUSÃO 22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUÇÃO

Dentro da odontologia as infecções odontogênicas constituem uma das patologias mais difíceis de serem tratadas. Estas podem ser bem localizadas, necessitando de um tratamento mínimo, ou podem ser infecções mais graves, que se disseminam pelos espaços fasciais, provocando risco de vida (Peterson et al., 2000).

O sistema de canais radiculares em dentes com necrose pulpar constitui um nicho ecológico complexo que propicia condições adequadas para o desenvolvimento da infecção endodôntica (Sundgvist, 1992). As infecções odontogênicas possuem duas origens principais: a periapical em decorrência da necrose pulpar e invasão bacteriana para os tecidos periapicais, e a periodontal, resultante de uma bolsa periodontal profunda (Peterson, 2000)

Alterações periapicais de origem endodôntica são comuns em razão da íntima relação anatômica entre a polpa dentária com os tecidos periapicais. Quando há um processo inflamatório na polpa dental, e este não é tratado em tempo, o mesmo tende a se difundir para os tecidos periapicais. As lesões periapicais surgem, quase invariavelmente da difusão dos micro-organismos que colonizam a polpa necrosada para os tecidos do ligamento periodontal (Valdrighi e Hizatugu, 1974)

Quando esta alteração periapical apresenta coleção purulenta localizada, dor aguda e latejante o termo abscesso é empregado. As palavras agudo e crônico, quando colocadas junto ao termo abscesso, referem-se somente às características e à evolução clínica dessa patologia periapical. O termo agudo indica que o quadro clínico é de rápida evolução; o termo crônico sugere uma evolução mais lenta do processo inflamatório (Leonardi et al., 2011)

Abscesso apical agudo consiste em uma resposta inflamatória altamente sintomática do tecido conjuntivo periapical. Essa patologia periapical origina-se quando o tecido pulpar inicia uma resposta inflamatória ou a um trauma ou devido a um processo de cárie que pode, eventualmente, levar a necrose pulpar (Matthews et al., 2003). Se o quadro clínico de um abscesso apical agudo não for resolvido, com o tempo se torna um abscesso crônico, caracterizado por um processo supurativo instalado na região do periápice dental, muitas vezes acompanhado de fístula. Normalmente, é

assintomático e pode evoluir para uma exacerbação aguda, se não tratado a tempo e/ou adequadamente (Deus, 1982)

O abscesso fênix é caracterizado pela sua localização no ápice radicular em dentes com lesão periapical crônica. Trata-se de uma condição clínica muito comum e geralmente ocorre pela agudização de uma lesão periapical crônica. É mais comum em dentes inferiores, devido à maior espessura e resistência da cortical óssea vestibular, podendo ocorrer devido ao desequilíbrio da resistência orgânica do hospedeiro, com prevalência dos agentes agressores (bactérias) (De Deus, 1992)

O tratamento primordial dessas lesões é a realização da drenagem cirúrgica para remoção da dor, seguida ou não da antibioticoterapia, com o objetivo de prevenir uma maior disseminação da coleção purulenta e propiciar ao organismo melhores condições de reparo tecidual (Carvalho et al., 1988; Montagner et al., 2010, 2012).

O tratamento químico-mecânico dos canais radiculares e uso de substâncias irrigadoras auxiliam na eliminação significativa dos microrganismos presentes no canal radicular. Mulhern et al. (1982) e Oliet (1983) relataram que, independentemente do estágio patológico pulpar ou periapical, desde que os canais radiculares estivessem conicamente modelados, sem exsudação, o paciente assintomático e com tempo disponível, poder-se-ia realizar a obturação definitiva.

Devido a poucos relatos sobre o tratamento endodôntico de abscesso fênix decidiu-se realizar uma revisão de literatura a respeito deste assunto.

2 PROPOSIÇÃO

Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de tratamento endodôntico de dente com abcesso fênix em sessão única, com drenagem do mesmo e uso de clorexidina gel 2% como substância química auxiliar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

As infecções odontogênicas constituem um dos problemas mais difíceis de serem tratados em odontologia, podendo variar desde infecções localizadas, de baixa intensidade que exigem um tratamento de mínima intervenção, até infecções graves que se espalham pelos espaços fasciais causando risco de vida. Estas infecções possuem duas origens principais: 1) a periapical, devido a necrose pulpar que consiste na completa cessação dos processos metabólicos do tecido pulpar (Leonardi et al., 2011), e invasão bacteriana subsequente do tecido periapical, e 2) a de origem periodontal, resultante de uma bolsa periodontal profunda, que possibilita a inoculação das bactérias nos tecidos subjacentes (Peterson et al., 2000)

A microbiota em infecção pulpar é composta por bactérias facultativas nos processos iniciais e por anaeróbias estritas nos processos mais avançados, predominando os micro-organismos gram-negativos (Leonardi et al., 2011). Espécies pertencentes aos gêneros *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., e *Treponema* spp. e clones de microrganismos orais ainda não caracterizados são freqüentemente detectadas nessas infecções , principalmente as com sintomatologia dolorosa, como a dos abscessos (Yoshida et al., 1987; Sundqvist, 1992; Hashioka et al., 1992; Gomes et al., 1994, de Sousa et al, 2003; Jacinto et al., 2003; Gomes et al., 2004, 2006; Sakamoto et al., 2006; Montagner et al., 2010, 2012; Sousa et al., 2013; Nobrega et al. 2016a,b)

Com a instalação de um agente etiológico no interior do canal radicular, independentemente de sua natureza a primeira região a sofrer a agressão é a região periapical, devido aos produtos tóxicos bacterianos e decomposição tecidual, onde de início há uma reação de defesa (inflamação aguda) desses tecidos, denominada pericementite apical aguda. Como consequência da pericementite apical, podem ocorrer fenômenos periapicais agudos ou crônicos. Quando esses fenômenos crônicos se instalam logo após a pericementite apical aguda, como granuloma periapical e cisto periapical inflamatório, a resposta imunológica frente ao agente agressor no canal radicular acarreta no desenvolvimento de uma lesão periapical (Leonardi et al., 2011; Barbin et al., 2012)

Emprega-se o termo abcesso quando há presença de coleção purulenta localizada, onde as palavras agudo e crônico são colocadas juntas ao termo abcesso, se referem somente as características e a evolução clínica dessa patologia periapical.

O termo agudo significa que o quadro é de rápida evolução, já o termo crônico sugere uma evolução mais lenta do processo inflamatório (Leonardi et al., 2011)

O abscesso periapical crônico consiste na cronificação do abscesso periapical agudo, onde há formação de exsudato purulento no interior de um granuloma Souza Filho et al. (2003) onde radiograficamente o elemento dentário apresenta área radiolúcida associada ao ápice Matthews et al. (2003) que significa a reabsorção do osso esponjoso periapical (Leonardi et al., 2011)

O abcesso periapical crônico é uma condição que se não tratada de forma adequada pode evoluir novamente para uma lesão aguda, conhecida como abcesso fênix (Souza Filho et al., 2006). Segundo Pécora (2001), o tratamento do abscesso fênix consiste em estabelecer uma drenagem oportuna e eliminar a causa.

A microbiota endodôntica é elemento chave na patogênese periapical e nas indesejáveis agudizações. Independente do estado patológico pulpar ou periapical, desde que os canais radiculares estivessem conicamente modelados, sem exsudação, o paciente assintomático e com tempo disponível, pode-se realizar o tratamento endodôntico definitivo em sessão única. No entanto nenhum tratamento deve limitar-se ao preenchimento de um espaço parcialmente modelado, principalmente com a existência de uma patologia periapical (Soares e Cesar, 2001)

O alivio da dor ao paciente é uma das mais importantes competências atribuídas aos cirurgiões dentistas, sendo assim, é de suma importância o conhecimento de técnicas e terapêutica adequada ao atendimento das urgências em odontologia (Montagner et al., 2010, 2012; Garcia et al., 2014).

O diagnóstico das alterações patológicas pulpares e do periodonto apical, por meio da anamnese (da história do caso do paciente), da semiotécnica (dos recursos para coleta dos sinais e sintomas), da semiologia (da análise dos sinais e sintomas) e da propedêutica (da interpretação dos sinais e sintomas) é fundamental para planejar a intervenção a ser executada. Tal fato é determinante na redução da morbidade do paciente, além de proporcionar, nos casos de urgência, o alívio da dor e recuperação do equilíbrio psicológico do paciente, o qual é abalado nas pulpopatias e periapicopatias agudas ou reagudizadas como no abscesso fênix (Barbin et al., 2012).

4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente do gênero feminino, J. S. O, 26 anos de idade, apresentou-se ao consultório particular queixando-se de dor espontânea, aguda e latejante no elemento 21. Na avaliação da história médica, não se observou nenhuma alteração sistêmica, e durante exame clínico extra-bucal não foi verificado alterações clínicas e nem assimetria facial. Durante o exame clínico intra-bucal, observou-se a presença de um abscesso localizado no dente 21 (Figura 1). Foi realizada a palpação, percussão vertical e horizontal, nas quais a paciente relatou sintomatologia dolorosa. Após exame radiográfico (Figura 2) pode-se observar a presença de uma área radiolúcida circunscrita no terço médio da raiz. Após a coleta de todos estes dados, chegou-se ao diagnóstico de abscesso fênix em fase inicial, devido a presença de dor de origem periapical e de uma lesão periapical.

Figura 1- Aspectos clínicos do dente afetado (21).

Fonte: Silva, 2018

Figura 2- Radiografia periapical inicial do dente 21**.**

Fonte: Silva, 2018

Drenagem do abscesso

Inicialmente realizou-se anestesia infiltrativa em fundo de vestíbulo do elemento 21 com articaína 4% 1:100.000 (Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). A seguir foi feita a desinfecção da mucosa oral adjacente ao dente com uma gaze estéril umedecida com clorexidina gel 2%. A drenagem do abscesso (Figura 3) foi realizada através de incisão em fundo de suco, onde se localizava o abscesso, com lâmina de bisturi número 15, divulsão dos tecidos e ordenha manual da coleção purulenta. Não houve necessidade de sutura e nem de colocação de um dreno cirúrgico, devido a diminuição do exsudato purulento após a drenagem.

Figura 3- Exsudato purulento após a drenagem do abscesso

Fonte: Silva, 2018

Tratamento endodôntico

Após a realização da drenagem cirúrgica, iniciou-se o tratamento endodôntico. Foi realizado o isolamento absoluto do dente em questão, seguido pelo acesso coronário na região palatina do mesmo. A descontaminação inicial foi realizada com clorexidina gel 2% (Drogal, Piracicaba, SP, Brasil) e solução fisiológica estéril, seguindo o protocolo coroa-ápice com instrumento rotatório 5mm aquém do comprimento aparente do dente, utilizando lima Easy (Easy Equipamentos Odontológicos, Belo Horizonte, MG, Brasil) de tip/taper 30.10/ 25mm. Dando sequência, a exploração do canal foi realizada com lima C-Pilot (VDW, Munique, Alemanha) de tip 10/25mm. Após patência do canal, realizou-se odontometria com localizador apical Finepex (Schuster, Santa Maria, RS, Brasil) onde verificou-se que o elemento apresentava 22 mm de comprimento. Foi dada sequência a instrumentação com limas 25.06 Wave one gold (Dentsply Maillefer, Ballaigues, VD, Suíça), 40.06 Reciproc (VDW, Munique, Alemanha) 1 mm além do

comprimento real do dente. A solução de EDTA 17% (Asfer Indústria Química, São Caetano do Sul, SP, Brasil) foi utilizada após a conclusão do preparo químico-mecânico, sendo esta introduzida e agitada no canal radicular com contra-ângulo e ponta Easy Clean (Easy, Belo Horizonte, MG, Brasil) por 3 vezes, por 30 segundos. A seguir o canal foi irrigado com 5 mL de soro fisiológico, e secado com ponta aspiradora e cones de papel absorvente cortados no comprimento real do dente. Durante a secagem do canal não se observou nenhuma secreção (Figura 4), permitindo assim a obturação do canal radicular. Foi feita a prova do cone utilizando o cone Large (Figura 5) ficando este 2 mm aquém do ápice radicular. A seguir o canal foi obturado com guta-percha (Tanari, Manacapuru, AM, Brasil) envolvida com o cimento Endométhasone N (Septodont, Saint Maur des Fosses, França). A seguir 2 mm de guta-percha no interior do canal radicular foi removido com condensador aquecido, sendo o espaço ocupado com uma camada de Cimpat branco (Septodont, Saint Maur des Fosses, França). O dente foi então restaurado com resina composta (3M, Maplewood, MN, EUA).

Figura 4- Cone de papel estéril sem presença de exsudato

Fonte: Silva, 2018

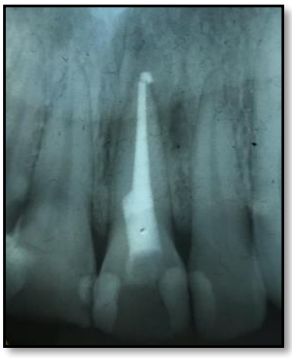
Figura 5- Prova do Cone

Fonte: Silva, 2018

Figura 6- Obturação e restauração definitiva do dente 21

Fonte: Silva, 2018

Figura 7- RX periapical de acompanhamento



Fonte: Silva, 2018

5 DISCUSSÃO

O tratamento endodôntico em uma única sessão de dentes com lesão periapical ganhou popularidade a partir da segunda guerra mundial, apesar do mesmo inicialmente ser seguido da cirurgia periapical (Mulhern et al., 1982). Posteriormente a endodontia teve grande avanço tecnológico, simplificando as etapas operatórias (Soares e Cesar, 2001). Independente do estado patológico pulpar ou periapical, desde que os canais radiculares estejam conicamente modelados, sem exsudação, o paciente sem sintomatologia e com tempo disponível, a obturação definitiva poderá ser realizada (Mulhern et al.,1982).

Há diversas vantagens em se realizar o tratamento endodôntico em sessão única Soares e Cesar (2001) Segundo o estudo de Mulhern et al. (1982) a dor pós-operatória dos tratamentos em sessão única é reduzida pelo fato do tratamento ser completo, e o paciente não ser exposto a mais de uma sessão, onde cada uma delas poderia provocar mais um episódio de dor.

Adicionalmente, é importante relatar que a maior porcentagem de redução bacteriana é promovida após o preparo químico-mecânico, devido a eficiência da instrumentação, do uso de substâncias químicas auxiliares e de sistemas de irrigação adequados (Vianna et al., 2007). No presente estudo, a substância auxiliar utilizada foi a clorexidina gel 2%, que apresenta atividade antimicrobiana adequada, substantividade, não sendo tóxica aos tecidos periapicais, além de apresentar ação lubrificante (Gomes et al., 2013). O gel presente na composição é o natrosol, sendo este um agente espessante inerte, hidrossolúvel e não iônico (Dametto et al., 2005).

Como solução anestésica optou-se pela articaína 4% 1:100.000 (Nova DFL, Rio de Janeiro, Brasil) de ação intermediária. Esta pertence ao grupo de anestésicos locais com menor ação vasodilatadora e consequentemente maior duração, principalmente quando associada a um agente vasoconstrictor (Aytes e Escoda, 1997; Andrade, 1999).

Além da clorexidina gel 2% associada ao soro fisiológico, que é usado para a remoção dos detritos e promover o fluxo e refluxo dentro dos canais, utilizou-se a solução de EDTA (Asfer, São Caetano do Sul, SP, Brasil). O EDTA 17% foi utilizado antes da obturação dos canais radiculares para promover a remoção da smear layer e facilitar a adesão do cimento obturador às paredes dentinárias (Vianna et al., 2007;

Chaniotis, 2015). O mesmo foi agitado sonicamente com as pontas Easy Clean para permitir um maior contato da substância com as paredes do canal, favorecendo a remoção da smear layer e consequentemente do conteúdo bacteriano e endotóxico (Herrera et al., 2017).

A escolha do cimento obturador foi baseada em suas propriedades físico-químicas, devendo sempre levar em consideração a biocompatibilidade com os tecidos adjacentes (Holland e De Souza, 1985; Tagger et al., 1988). Como cimento obturador utilizou-se o Endométhasone N com eugenol, que dentre suas propriedades apresenta radiopacidade superior à da dentina (Aznar et al., 2010), solubilidade dentro dos valores máximos permitidos (Savioli, 1998), diminuição da reação inflamatória em casos de sobreobturação dos canais, devido aos seus componentes (Berbet, 1996).

Após finalização do tratamento endodôntico, o elemento foi selado com resina composta para reduzir a microinfiltração coronária, a fratura do dente, bem como a reinfecção de canais radiculares (Vianna et al., 2007). Como medicação anti-inflamatória foi receitado a Nimesulida 100mg para controle da dor. A Nimesulida é um antiinflamatório/analgésico não esteróide, cuja ação ocorre pela inibição das prostaglandinas, podendo ser empregado como coadjuvante dos procedimentos clínicos quando o quadro inflamatório já estiver instalado (Simi Jr et al., 1998; Andrade, 1999).

Devemos mencionar que como a paciente apresentava-se com um quadro de saúde estável, com presença de abscesso localizado, sem sinais de disseminação sistêmica, optou-se por não usar antibióticos sistêmicos antes e após a drenagem cirúrgica do abscesso. Visto que os antibióticos têm pouca difusão dentro dos abcessos, é muito importante a instituição de uma terapia local para a melhora do quadro clínico (Abbot et al., 1990). No presente caso foi realizada a drenagem do abscesso e o preparo químico-mecânico de toda a extensão do canal radicular, conforme mencionado por Montagner et al. (2010, 2012).

O uso descomedido e indistinto de antibióticos sistêmicos por parte dos profissionais da área da saúde é uma das principais causas do desenvolvimento de resistência microbiana (Soares et al., 2005), devendo haver uma conscientização quanto a indicação de uso de antibióticos na terapia endodôntica (Gomes et al., 2011; Montagner et al. 2014).

De acordo com Abbot et al. (1990), nos casos de abscesso perirradiculares agudos ou crônicos agudizados, estes medicamentos só devem ser empregados em

casos em que o paciente esteja sistemicamente comprometido. Isto porque quando é realizada uma terapia local imediata, como o preparo químico-mecânico para a eliminação da infecção e a drenagem do abscesso para remoção da dor (Montagner et al., 2010, 2012), já ocorre um controle microbiano. Dessa forma os antibióticos sistêmicos serão apenas coadjuvantes no controle do processo infeccioso (Soares et al., 2005).

A paciente retornou ao consultório dentário 2 dias após o tratamento endodôntico e 3 meses após sua realização, não relatando presença de dor. No exame radiográfico foi constatado a regressão da lesão periapical, que é indicativo de sucesso da terapia efetuada.

6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que com o tratamento endodôntico adequado do dente com abscesso fênix há a redução da infecção intracanal e a remissão da sintomatologia, com consequente reparo ósseo da região periapical

REFERÊNCIAS

Abbott PV, Hume WR, Pearman JW. Antibiotics and endodontics. Aust Dent J. 1990 Feb; 35(1):50-60.

Andrade ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 188p.

Aytes B, Escoda LG. Anestesia odontológica. Madri: Avances, 1997. 152 p.

Aznar FDC, Bueno CES, Nishiyama CK, Martin AS. Radiopacidade de sete cimentos endodônticos - avaliação através de radiografia digital. Rev Gaúcha Odontol. 2010; 58(2): 181-9

Barbin EL, Spanó JCE, Matos M, Schnorrenberger R. Aspectos do diagnóstico das pulpopatias e das periapicopatias. 2012. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/pecos/files/2015/03/aspectos-do-diagnostico-das-pulpopatias-e-das-periapicopatias.pdf [acesso 04 jan 2019]

Berbet CCV. Reação dos tecidos periapicais a sobreobturações com diferentes cimentos endodônticos em duas consistências: Histopatologia em dentes de cães [tese]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Carvalho ACP, Carvalho PSP, Andrade ED, Passeri LA. Tratamento dos abscessos de origem dental. Odontol Mod 1988 Nov-Dez; 15(10):34-9.

Dametto FR, Ferraz CC, de Almeida Gomes BP, Zaia AA, Teixeira FB, de Souza-Filho FJ. *In vitro* assessment of the immediate and prolonged antimicrobial action of chlorhexidine gel as an endodontic irrigant against *Enterococcus faecalis*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2005 Jun; 99(6):768-72.

De Deus QD. Endodontia. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi,1992.

de Sousa EL, Ferraz CC, Gomes BP, Pinheiro ET, Teixeira FB, de Souza-Filho FJ. Bacteriological study of root canals associated with periapical abscesses. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2003 Sep; 96(3):332-9.

Garcia NA, Santos AAB dos, Ângelo AR, Veloso HHP, Ferreira G dos S, Queiroga AS. Medicações intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. Arq Odontol. 2014 Jan-Mar; 50(1):13–9.

Gomes BP, Drucker DB, Lilley JD. Association of specific bacteria with some endodontic signs and symptoms. Int Endod J. 1994 Nov; 27(6): 291-8.

Gomes BP, Jacinto RC, Montagner F, Sousa EL, Ferraz CC. Analysis of the antimicrobial susceptibility of anaerobic bacteria isolated from endodontic infections in Brazil during a period of nine years. J Endod. 2011 Aug;37(8):1058-62.

Gomes BP, Jacinto RC, Pinheiro ET, Sousa ELR, Zaia AA, Ferraz CCR, et al. Molecular analysis of Filifactor alocis, Tannerella forsythia, and Treponema denticola associated with primary endodontic infections and failed endodontic treatment. J Endod. 2006 Oct; 32(10):937–40.

Gomes BP, Pinheiro ET, Gadê-Neto CR, Sousa EL, Ferraz CC, Zaia AA, Teixeira FB, Souza-Filho FJ. Microbiological examination of infected dental root canals. Oral Microbiol Immunol. 2004 Apr; 19(2): 71-6.

Gomes BP, Vianna ME, Zaia AA, Almeida JF, Souza-Filho FJ, Ferraz CC. Chlorhexidine in endodontics. Braz Dent J. 2013; 24(2):89-102.

Hashioka K, Yamasaki M, Nakane A, Horiba N, Nakamura H. The relationship between clinical symptoms and anaerobic bacteria from infected root canals. J Endod. 1992 Nov; 18 (11): 558-61.

Herrera DR, Martinho FC, de-Jesus-Soares AJ, Zaia AA, Ferraz CC, Almeida JF, Gomes BP. Clinical efficacy of EDTA ultrasonic activation in the reduction of endotoxins and cultivable bacteria. Int Endod J. 2017 Oct;50(10):933-40.

Holland R, De Souza V. Ability of a new calcium hydroxide root canal filling material to induce hard tissue formation. J Endod. 1985 Dec; 11(12):535–43.

Jacinto RC, Gomes BPFA, Ferraz CCR, Zaia AA, Souza-Filho FJ. Microbiological analysis of infected root canals from symptomatic and asymptomatic teeth with periapical periodontitis and the antimicrobial susceptibility of some isolated anaerobic bacteria. Oral Microbiol Immunol. 2003 Oct; 18(5): 285-92.

Leonardi DP, Giovanini AF, Pedro R, Parigot V, Comprido C. Alterações pulpares e periapicais. RSBO. 2011 Oct-Dec; 8(4): e47-61.

Matthews DC, Sutherland S, Basrani B. Emergency management of acute apical abscesses in the permanent dentition: a systematic review of the literature. J Can Dent Assoc. 2003 Nov; 69(10):660.

Montagner F, Gomes BP, Kumar PS. Molecular fingerprinting reveals the presence of unique communities associated with paired samples of root canals and acute apical abscesses. J Endod. 2010 Sep; 36(9):1475-9.

Montagner F, Jacinto RC, Signoretti FG, Sanches PF, Gomes BP. Clustering behavior in microbial communities from acute endodontic infections. J Endod. 2012 Feb; 38(2):158-62.

Montagner F, Jacinto RC, Correa Signoretti FG, Scheffer de Mattos V, Grecca FS, Gomes BP. Beta-lactamic resistance profiles in Porphyromonas, Prevotella, and Parvimonas species isolated from acute endodontic infections. J Endod. 2014 Mar; 40(3):339-44.

Mulhern JM, Patterson SS, Newton CW, Ringel AM. Incidence of postoperative pain after one-appointment endodontic treatment of asymptomatic pulpal necrosis in single-rooted teeth. J Endod. 1982 Aug; 8(8):370–5.

Nóbrega LM, Montagner F, Ribeiro AC, Mayer MA, Gomes BP. Bacterial diversity of symptomatic primary endodontic infection by clonal analysis. Braz Oral Res. 2016a Oct 10;30(1):e103.

Nóbrega LM, Montagner F, Ribeiro AC, Mayer MA, Gomes BP. Molecular identification of cultivable bacteria from infected root canals associated with acute apical abscess. Braz Dent J. 2016b May-Jun; 27(3):318-24.

Pécora JD. Periapicopatias. 2001. Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/peri.htm. [acesso 02 de jan de 2019]

Peterson LJ, Ellis E, Hiupp Jr, Tucker MR. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 702p.

Sakamoto M, Rôças IN, Siqueira JF Jr, Benno Y. Molecular analysis of bacteria in asymptomatic and symptomatic endodontic infections. Oral Microbiol Immunol. 2006 Febr; 21(2): 112-22.

Savioli RN. Avaliação das propriedades físico-químicas de alguns tipos de cimentos endodônticos a base de óxido de zinco-eugenol [tese] 1998. 62 p. [Tese] Ribeirão Preto: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998 Disponível em: http://www.forp.usp.br/restauradora/Teses/Savioli/Doutor2.html. [acesso 2019 jan 03].

Simi Jr J, Risso VA, Ishimoto NA, PF. Estudo comparativo de três agentes antiinflamatórios após intervenção endodôntica. Rev Bras Odontol. 1998 Mai-Jun; 55(3):140-72.

Soares IJ, Goldberg F. Endodontia: técnica e fundamentos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001. 376p.

Soares JA, Augusto C, César S. Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. Pesq Odontol Bras. 2001 Abr-Jun;15(2):138–44.

Soares RG, Salles AA, Eduardo L, Irala D, Limongi O. Antibioticoterapia sistêmica em endodontia : quando empregar ? Stomatos. 2005 Jul-Dez; 11(21):33–40.

Sousa ELR, Ferraz CR, Gomes BPFA, Pinheiro ET, Teixeira FB.; Souza Filho FJ. Bacteriological study of root canais associated with periapical abscesses. Oral Surg oral Med Oral Pathol Oral Radial Endod. 2003 Sep; 96:(3) 332-9.

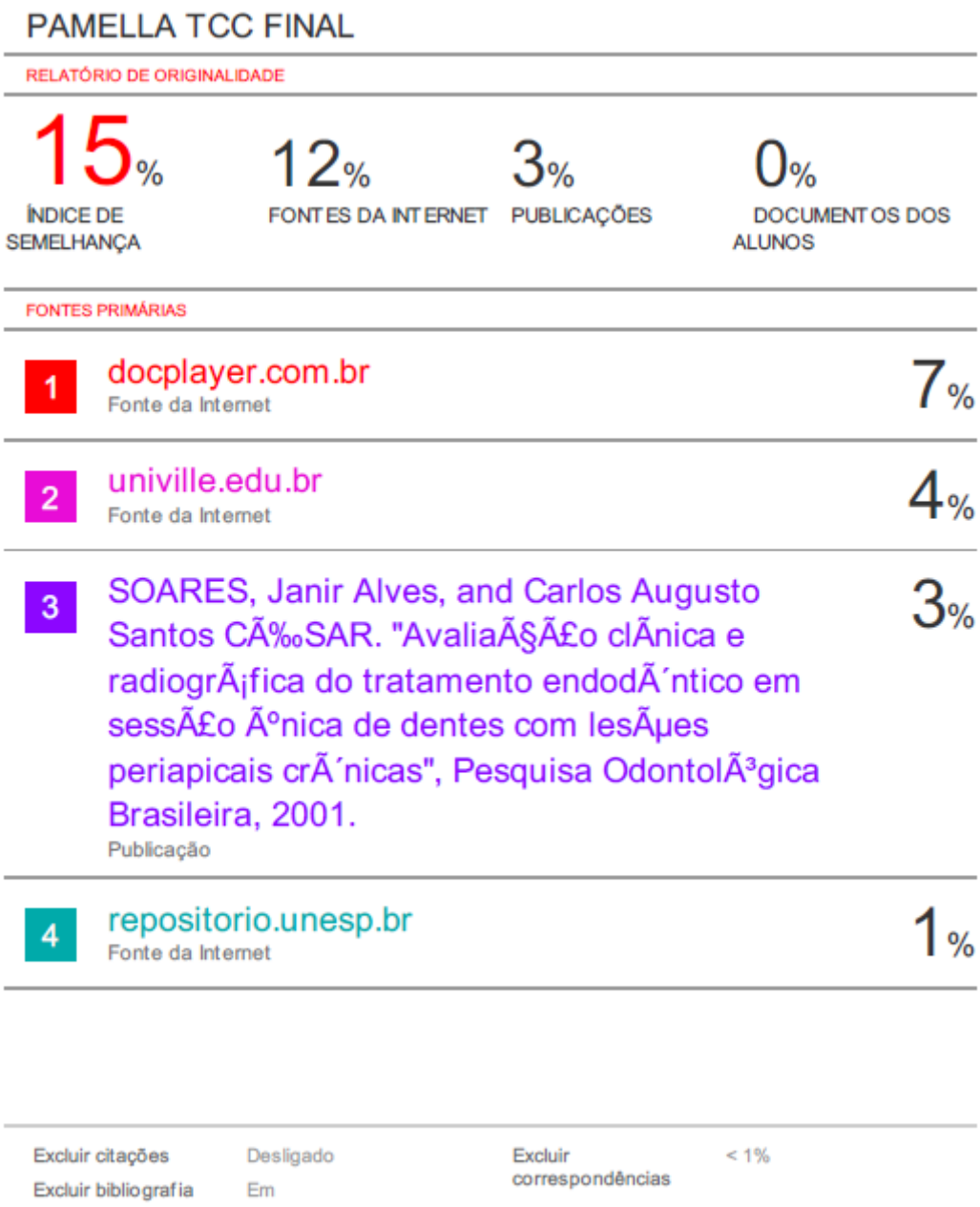
Sousa EL, Gomes BP, Jacinto RC, Zaia AA, Ferraz CC. Microbiological profile and antimicrobial susceptibility pattern of infected root canals associated with periapical abscesses. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2013 Apr; 32(4):573-80.

Valdrighi L.; Hizatugu. Endodontia- Considerações biológicas e procedimentos clínicos. São Paulo: Panamericana; 1974.

Vianna ME, Horz HP, Conrads G, Zaia AA, Souza-Filho FJ, Gomes BP. Effect of root canal procedures on endotoxins and endodontic pathogens. Oral Microbiol Immunol. 2007 Dec; 22(6):411-8.

Yoshida M, Fukushima H, Yamamoto K, Ogawa K, Toda T, Sagawa H. Correlation between clinical symptoms and microorganisms isolated from root canals of teeth with periapical pathosis. J Endod. 1987 Jan;13(1):24-8.

Anexo 1 – Verificação de Originalidade e Prevenção de Plágio



PAMELLA TCC FINAL

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

15%	12%	3%	0%
ÍNDICE DE SEMELHANÇA	FONTES DA INTERNET	PUBLICAÇÕES	DOCUMENTOS DOS ALUNOS

FONTES PRIMÁRIAS

1	docplayer.com.br Fonte da Internet	7%
2	univille.edu.br Fonte da Internet	4%
3	SOARES, Janir Alves, and Carlos Augusto Santos CÃ‰SAR. "AvaliaÃ§Ã£o clÃnica e radiogrÃ¡fica do tratamento endodÃ´ntico em sessÃ£o Ãºnica de dentes com lesÃµes periapicais crÃ´nicas", Pesquisa OdontolÃ³gica Brasileira, 2001. Publicação	3%
4	repositorio.unesp.br Fonte da Internet	1%

Excluir citações	Desligado	Excluir correspondências	< 1%
Excluir bibliografia	Em		