

CONDUTA ENDODÔNTICA FRENTE A ABSCESSO PERIAPICAL COM EDEMA PALATINO - RELATO DE CASO CLÍNICO

Crystian Franklin De Paula¹
Sabrina Aparecida Campos Santana²
Marina De Cássia Silva³

marinapersi@hotmail.com

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências Da Saúde

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo descrever a conduta terapêutica de um caso de abscesso periapical endodôntico com edema na região palatina atendido na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix campus Matipó. O paciente relatava dor intensa, pulsátil, febre, cefaleia e a presença de uma tumefação no palato. Após exame clínico e radiográfico, foi identificado um abscesso periapical relacionado ao elemento 22. A conduta inicial consistiu em drenagem da secreção purulenta por incisão no ponto de flutuação, seguida de tratamento endodôntico. O canal radicular foi instrumentado com limas manuais, irrigado com clorexidina gel 2% e EDTA 17%, e recebeu curativo de demora utilizando paramonoclorofenol canforado. Na fase final do tratamento, o canal foi obturado com guta-percha e cimento Endofill, seguido de restauração definitiva com resina composta. A evolução clínica foi positiva, com regressão do abscesso e alívio completo dos sintomas, confirmando o sucesso da abordagem terapêutica. Este caso clínico reforça a importância do diagnóstico precoce, do planejamento correto e da execução precisa das etapas do tratamento endodôntico. Também destaca o papel fundamental do cirurgião-dentista no manejo de infecções orais, visando evitar complicações sistêmicas. O uso de materiais apropriados, técnicas eficazes de instrumentação e irrigação contribui diretamente para o sucesso do tratamento e para a preservação da estrutura dentária afetada.

PALAVRAS - CHAVE: abscesso; abscesso periapical; preparo de canal radicular.

1 INTRODUÇÃO

O abscesso periapical é uma consequência da disseminação da infecção pulpar para os tecidos periapicais, caracterizando-se por dor intensa, geralmente de natureza pulsátil, devido ao acúculo de pus que pressiona as estruturas adjacentes. Pode vir acompanhado de edema e mobilidade dentária. Quando ocorre drenagem do conteúdo purulento por meio do canal radicular, do ligamento periodontal ou através

¹ Acadêmico do curso de odontologia da Univértix

² Acadêmica do curso de odontologia da Univértix

³ Cirurgiã Dentista, especialista em docência do ensino superior, professora de graduação no Centro Universitário Vértice – Univértix

de trajeto transósseo, o quadro pode evoluir para uma forma crônica, frequentemente com formação de fístulas. Trata-se de uma resposta inflamatória em que há acúculo de exsudato purulento, resultante da ineficiência das células de defesa, como neutrófilos e macrófagos (Cangussu; Figueired; Rodrigues, 2017).

A patologia em questão apresenta-se com hipersensibilidade exacerbada à oclusão, percussão vertical e palpção apical, sendo o exame clínico fundamental para a identificação do processo infeccioso. A análise radiográfica pode revelar espessamento do ligamento periodontal ou a presença de áreas radiolúcidas na região perirradicular, com extensão variável, desde lesões circunscritas até destruições ósseas mais extensas. Em determinados casos, pode-se observar reabsorção externa da porção apical da raiz. O dente acometido, comumente, apresenta resposta negativa ao teste de sensibilidade pulpar, indicando necrose. Clinicamente, pode haver edema no fundo do vestibulo e nos tecidos moles adjacentes, com sensibilidade à palpção nos linfonodos cervicais e submandibulares. Em casos agudos, o quadro pode ser acompanhado por manifestações sistêmicas, como febre (Berman; Hartwell, 2011).

Segundo Jhajharia et al. (2015), se não diagnosticada e tratada, a inflamação pulpar pode evoluir para um quadro irreversível e se tornar gradativamente necrótica, devido à interrupção do fluxo sanguíneo no interior dos canais radiculares e da câmara pulpar. Caso ocorra a necrose do tecido pulpar, este se torna propício ao desenvolvimento de infecções, pela propagação de bactérias, normalmente através dos túbulos dentinários expostos à cavidade oral ou à lesão de cárie.

Segundo Taumaturgo (2018), quando se trata de um abscesso periapical, deve-se ressaltar a relevância da anatomia do palato, pois um abscesso apical ocorre na ponta da raiz de um dente. Quando não tratado, a proximidade do abscesso com o palato pode trazer complicações da infecção, como inchaço, dor e extremo desconforto, devido à localização, podendo futuramente causar fístula ou até mesmo um abscesso submucoso.

Já no abscesso periapical crônico, temos a atuação de neutrófilos que agem em defesa do organismo, causando a destruição óssea com o decorrer do tempo. Geralmente, são assintomáticos, podendo haver a presença de fístula intra ou

extrabucal, e, radiograficamente, apresentam-se com áreas de rarefação óssea de aspecto radiolúcido (Borges, 2011).

Frequentemente, é possível extravasar exsudato purulento mediante leve pressão digital na região. Os sinais e sintomas associados incluem dor pulsátil, sensibilidade à palpção gengival e, em muitos casos, mobilidade dentária. Embora menos comuns, manifestações sistêmicas como febre, linfadenopatia e mal-estar também podem estar presentes (Cangussu; Figueired; Rodrigues, 2017).

Segundo Taumaturgo (2018), é de suma importância que o cirurgião-dentista estude sobre abscessos endodônticos, devido à complexidade e relevância dos casos. Abscessos são resultados de infecções que se propagam por diversas regiões, levando a complicações significativas que impactam diretamente a saúde geral dos pacientes. Compreender os melhores métodos de tratamento e diagnóstico desses abscessos é extremamente importante para melhores resultados clínicos e redução de possíveis complicações.

Trata-se de uma condição odontológica decorrente de uma infecção pulpar, que evolui rapidamente para um abscesso periapical e apresenta risco de complicações. Portanto, o cirurgião-dentista precisa estar apto a reconhecer os sinais e sintomas clínicos. Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo descrever a conduta terapêutica de um caso de abscesso periapical endodôntico com edema na região palatina, atendido na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix, campus Matipó.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sob condições normais, tanto a polpa dental quanto o periápice são estéreis. No entanto, quando esses tecidos são expostos a agressões, como lesões cariosas, traumas dentários ou doenças periodontais, pode ocorrer um processo inflamatório na polpa, denominado pulpíte. Se essa inflamação não for adequadamente tratada, ela pode evoluir para uma pulpíte irreversível, com a polpa se tornando progressivamente necrótica e, conseqüentemente, mais suscetível a infecções secundárias. A exposição dos túbulos dentinários ao ambiente bucal, seja por lesões cariosas ou traumas,

facilita a penetração de microrganismos, resultando na contaminação da cavidade pulpar (Jhajharia et al., 2015; Taschieri et al., 2014).

Entre as infecções odontogênicas crônicas, como cárie dentária, necrose pulpar, doenças periodontais, lesões periapicais, complicações pós-operatórias, trauma ou após manipulação do canal radicular, a cárie dentária se destaca como um processo infeccioso que, quando negligenciado, se torna um fator de risco significativo para a inflamação pulpar. Esse quadro inflamatório provoca dor e facilita a disseminação de microrganismos no tecido pulpar. A ausência de tratamento adequado, como a remoção da cárie, protocolos de proteção pulpar, terapia endodôntica ou exodontia do dente afetado, contribui para a progressão da inflamação, o que pode culminar em uma reação apical, como periodontite apical, eventualmente levando à formação de um abscesso (Blankson et al., 2019; George; Joseph; Mark, 2018).

Quando não tratados adequadamente, os abscessos dentários podem se propagar para outros espaços anatômicos da região maxilofacial e cervical, resultando em complicações graves, como celulite facial, angina de Ludwig, obstrução respiratória, fascite cervical necrosante e até septicemia. O tratamento do abscesso dentário envolve o uso de antibióticos, incisão e drenagem, sendo essencial o controle da dor e a remoção do foco infeccioso bacteriano para a resolução do quadro. Os principais fatores de risco para os tecidos periodontais incluem alterações sistêmicas, hábitos como o tabagismo, uso de medicamentos e a deficiência no cuidado da saúde bucal (Blankson et al., 2019; George; Joseph; Mark, 2018).

De acordo com Carneiro et al. (2020), os métodos de diagnóstico são fundamentais para que o profissional determine a natureza e a gravidade da condição clínica, orientando a escolha do tratamento adequado. Técnicas como a percussão e a palpção são empregadas para avaliar a sensibilidade e a dor associadas ao dente afetado, permitindo identificar desconfortos ou sinais de inflamação na região. As radiografias, por sua vez, desempenham um papel essencial ao fornecer imagens detalhadas dos dentes e dos tecidos periapicais, facilitando a detecção de lesões periapicais, abscessos, fraturas ou outras anormalidades que possam indicar a presença de uma periapicopatia.

3 METODOLOGIA

Segundo Silva, Dias e Amorim (2018), o relato de caso é um estudo observacional descritivo que visa relatar sinais, sintomas, diagnóstico e tratamento de um paciente com uma condição rara, além de apresentar uma revisão de literatura atualizada do assunto, contribuindo para o surgimento de futuras pesquisas.

Esta pesquisa faz parte do projeto “Acompanhamento das condições de Saúde Bucal dos pacientes de Matipó-MG e região atendidos na Clínica Odontológica da Faculdade Vértice – Univértix, campus Matipó”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Univértix (CEP/UNIVÉRTIX), com o CAAE 57847122.2.0000.9407.

No combate a infecções endodônticas, o tratamento mais eficaz é o endodôntico, que se caracteriza por uma abordagem de ação local. Para garantir a desinfecção adequada do canal radicular, o tratamento envolve tanto a ação mecânica, que atua nas paredes internas dos canais, quanto o uso de substâncias químicas irrigadoras e antissépticas. Após a execução dos procedimentos mecânico e químico, responsáveis pela total desinfecção dos canais, segue-se com a obturação do canal, processo que visa ao selamento completo das extremidades coronária, lateral e apical dos canais radiculares. Em situações específicas, a intervenção cirúrgica pode ser necessária para a resolução do caso (Fiehn; Larsen, 2017).

3.1 RELATO DE CASO

Paciente G.M.F, 31 anos de idade, gênero masculino, feoderma, residente no município de Abre Campo, MG, compareceu à Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix, campus Matipó, durante o atendimento clínico da disciplina Clínica Integrada IV, no dia 3 de setembro de 2024, relatando a presença de um “caroço no céu da boca”. Durante a anamnese, o paciente relatou estar sentindo muita dor de dente, sendo esta pulsátil, dor de cabeça, dificuldade para se alimentar e apresentava estado febril. Relatou também que havia tomado alguns medicamentos, como dipirona, ibuprofeno e nimesulida, para alívio da dor, mas não houve sucesso. Ao exame físico intrabucal, foi possível observar que ele apresentava

um abscesso na região palatina anterior do hemiarco superior esquerdo, com coloração bastante avermelhada, com presença de ponto de flutuação. (Figura 1).

Figura1- Palato do paciente



Fonte: Dados da pesquisa

Em seguida foi realizado o exame radiográfico periapical dos elementos 11,12, 21,22 e 23 (Figura 2), com o objetivo de identificar de qual elemento dentário era a infecção.

Figura 2 - Radiografia periapical



Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a radiografia, foi possível constatar uma lesão periapical no ápice do elemento 22, de onde provavelmente se originava a infecção. Optou-se, então, pelo acesso endodôntico do elemento 22, iniciando o procedimento anestesiando o nervo alveolar superior anterior e as papilas para colocação do grampo de isolamento, utilizando-se 2 tubetes de anestésico (Cloridrato de Lidocaína 2% com Epinefrina

1:100.000 – Alphacaine) e agulha média (30G: 03 x 25 mm (marca: Alprime® local de fabricação: São José- SC).

Foi realizado isolamento absoluto com lençol de borracha (marca: Madeitex®, local de fabricação: São José Dos Campos -SP) e grampo 208 (marca: Golgran®, local de fabricação: São Caetano Do Sul- SP), remoção da restauração defeituosa, seguido de cirurgia de acesso e total remoção do teto da câmara pulpar, utilizando-se uma broca esférica diamantada de haste longa 1012 (marca: Alprime®, local de fabricação: São José- SC) em baixa rotação, broca Endo Z (marca: Alprime®, local de fabricação: São José- SC) em baixa rotação, seguido posteriormente da instrumentação do canal unirradicular, utilizando limas de 1ª série e 2ª série, tipo K Flex, tamanho 28 mm(marca: Alprime®, local de fabricação: São José- SC), em uma tentativa de drenagem via canal.

Não havendo sucesso, optou-se então pela drenagem da secreção do abscesso através de incisão no ponto de flutuação, utilizando um cabo de bisturi nº 3 (marca: Golgran®, local de fabricação: São Caetano Do Sul- SP) e lâmina nº 15 (marca: Solidor®, local de fabricação: China) eliminando toda a secreção presente, não havendo a necessidade de utilização de dreno, sendo considerado satisfatório.

O procedimento trouxe alívio imediato ao paciente devido ao alívio da pressão causada pela secreção, ocorrendo a diminuição da dor e do desconforto (Figura 3).

Figura 3 - Incisão do abscesso



Fonte: Dados da pesquisa

Devido às condições clínicas, optou-se por um curativo de demora, utilizando Paramonoclorofenol (marca: Biodinâmica®, local de fabricação: Ibioporã- PR). O medicamento foi introduzido no canal com auxílio de uma bolinha de algodão estéril para desinfecção de uma sessão à outra, e, logo em seguida, restauração provisória com ionômero de vidro Maxxion R® (marca: FGM, local de fabricação: Joinville- SC)

utilizando colher dosadora de cimento de ionômero, placa de vidro, espátula plástica nº 142 e espátula nº 24, para inserção do material na cavidade.

O paciente retornou no dia 15 de setembro de 2024 para uma avaliação. Foi possível verificar uma regressão significativa do abscesso (Figura 4); ele relatou que não sentia mais dor e nem dificuldade para se alimentar.

Figura 4 – Palato após 2 semanas



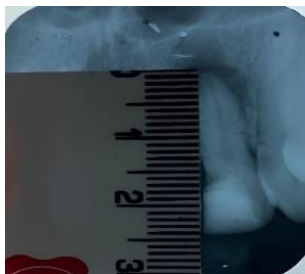
Fonte: Dados da pesquisa

No dia 22 de setembro de 2024, o paciente retornou à clínica para dar continuidade ao tratamento endodôntico. Foi reavaliado o exame radiográfico periapical realizado anteriormente, para análise das condições da coroa, raiz, periodonto, periápice, câmara pulpar e canais radiculares, além de investigar a presença de nódulos pulpares, reabsorções internas e externas, e mensurar o Comprimento Aparente do Dente (CAD).

Em seguida, foi realizada anestesia infiltrativa no nervo alveolar superior anterior e nas papilas para colocação do grampo de isolamento, utilizando-se 2 tubetes de anestésico (Cloridrato de Lidocaína 2% com Epinefrina 1:100.000 – Alphacaine) e agulha média (30G: 03 x 25 mm) (marca Alprime® local de fabricação: São José- SC). Foi realizado o acesso coronário para remoção da restauração, isolamento absoluto com lençol de borracha (marca: Madeitex®, local de fabricação: São José Dos Campos -SP) e grampo 208 (marca: Golgran®, local de fabricação: São Caetano Do Sul- SP), seguido de cirurgia de acesso e total remoção do teto da câmara, utilizando-se uma broca esférica diamantada de haste longa 1012 (marca: Alprime®, local de fabricação: São José- SC) em baixa rotação.

Localizou-se a entrada do canal, mediu-se o CAD (Comprimento Aparente do Dente) pela radiografia periapical, com medida de 24 mm (Figura 5), e o comprimento provisório de trabalho (CPT) foi de 19 mm. Optou-se pela técnica de instrumentação manual

Figura 5 – comprimento aparente do dente



Fonte: Dados da pesquisa

Iniciou-se, então, a instrumentação dos terços cervical e médio no CPT. Optou-se pelas limas de primeira e segunda série (marca: Alprime®, local de fabricação: São José- SC) tipo K Flex de 28 mm, utilizando-as de maneira sequencial, do menor ao maior diâmetro, até a última que travasse. Subsequentemente, optou-se pela

odontometria digital com limas tipo K #10 de 28 mm (marca: Alprime®, local de fabricação: São José- SC) localizador apical (marca: Easy, local de fabricação Belo Horizonte- BH) a 00 (Figura 6)

Figura 6- localizador apical em 00



Fonte- Dados da pesquisa

Definindo, assim, o comprimento real do canal (CRC) em 19 mm e o comprimento de trabalho (CT) em 19 mm. Após a obtenção da lima anatômica inicial (LAI) #50 (Figura 7), foi iniciada a instrumentação do terço apical, obtendo-se como lima anatômica final (LAF) a #70 (Figura 7). A técnica utilizada foi a técnica de 1 terço de volta no sentido horário e 1 terço de volta no sentido anti-horário.

Figura 7- lima anatômica inicial e final



Fonte – Dados da pesquisa

Para limpeza do canal unirradicular, optou-se pela clorexidina 2% (marca: Biodinâmica®, local de fabricação: Ibiporã- PR), que é um agente antimicrobiano com propriedades antissépticas e bactericidas, seguida de irrigação com EDTA solução 17% (marca: Fórmula e Ação®, local de fabricação: Vila Mariana- SP) por cerca de um minuto, para a remoção da lama dentinária. Realizou-se irrigação com soro fisiológico e secagem do canal com cone de papel absorvente calibrado #60 (marca MK Life®, local de fabricação: Porto Alegre- RS).

Para obturação, optou-se pelo cone de guta-percha calibrado #50 (marca MK Life®, local de fabricação: Porto Alegre- RS), com a medida de 19 mm, em 00, que é

o limite apical de obturação e a extremidade da raiz do dente. É fundamental que o material obturador, normalmente uma guta-percha, atinja esse ponto corretamente (Figura 7)

Figura 7 - cone de guta percha



Fonte: Dados da pesquisa

Para ter certeza de que o cone de guta-percha atingiu o ponto correto, foi realizada radiografia periapical (Figura 8). Como material de cimentação, optou-se pelo cimento Endofil (marca: Dentsply Sirona®, local de fabricação: São José- SC)

Em seguida, optou-se pela restauração definitiva com resina composta, com condicionamento da cavidade do dente com ácido fosfórico 37%, da (marca Alprime® local de fabricação: São José- SC) por cerca de 15 segundos. Para adesão ao adesivo, foi inserido o Single Bond Universal (marca: 3M™, local de fabricação, Brasil) com microbrush tamanho regular da (marca Alprime® local de fabricação: São José-SC) seguido de fotopolimerização por 20 segundos.

Optou-se pela resina Luna cor A3 (marca SDI Limited, local de fabricação: Austrália). Foi aplicada uma camada de resina com a espátula nº 2 Millennium (marca: Golgran®, local de fabricação: São Caetano Do Sul- SP), seguida de fotopolimerização. Repetiu-se a aplicação da resina até cobrir a cavidade, permitindo a confecção da anatomia, com fotopolimerização por 40 segundos. Para polimento e acabamento, priorizou-se o kit (marca: American Burrs, local de fabricação: Palhoça-SC). Para confirmação do sucesso do procedimento, realizou-se a radiografia periapical final (Figura 9).

Figura 8- Prova do cone

Figura 9- Radiografia Final



Fonte: Dados da pesquisa



Fonte: Dados da pesquisa

4 DISCUSSÃO

Com a presença de bactérias no canal radicular e o desenvolvimento da periodontite, células inflamatórias, especialmente os neutrófilos polimorfonucleares, migram em direção ao ápice radicular com o objetivo de eliminar os microrganismos presentes. Caso o sistema imunológico não consiga combater essa infecção, a inflamação torna-se aguda, com formação purulenta ou exsudativa, caracterizando um abscesso dentoalveolar agudo (Capelozza, 2015; Leonardi et al., 2017).

A classificação desse tipo de abscesso depende da localização do acúmulo purulento e pode ser dividida em três fases: inicial, em evolução e evoluída. Na fase inicial, o pus permanece restrito ao forame apical, sem causar edema. Na fase em evolução, o exsudato invade o osso trabeculado e aproxima-se do periósteo, gerando um edema disseminado, porém ainda sem ponto de flutuação. Já na fase evoluída, o pus atravessa o periósteo e alcança os tecidos moles, formando um edema centralizado com ponto de flutuação — uma área amarelada visível que indica a aproximação da secreção purulenta da mucosa (edema intraoral) ou da pele (edema extraoral) (Fiaminghi; Munerato; Petry, 2005; Fonzar et al., 2009).

Para que o tratamento seja realizado de forma correta, é essencial que o cirurgião-dentista esteja atento aos sinais e sintomas clínicos, bem como à análise dos exames radiográficos, sendo estes últimos especialmente importantes, pois podem tanto levar a erros diagnósticos quanto ser decisivos para a obtenção de um diagnóstico preciso e, conseqüentemente, para a elaboração de um plano de tratamento adequado (Glickman; Kerns, 2011).

Uma vez identificado o elemento dentário com abscesso dentoalveolar, deve-se visar sua conservação, promovendo-se a eliminação da polpa contaminada por meio de tratamento endodôntico. No presente caso, o paciente foi submetido à drenagem intraoral, seguida de acompanhamento sob terapia medicamentosa. A remissão do quadro infeccioso e o subsequente tratamento endodôntico levaram à resolução do quadro. Na clínica odontológica, os abscessos dentoalveolares geralmente apresentam-se como quadros de urgência, requerendo intervenção imediata por parte do cirurgião-dentista (Carvalho; Corrá; Nicolau, 2020).

Para a realização do tratamento endodôntico, o cirurgião-dentista realizará a abertura, preparo e obturação dos canais radiculares com instrumentais próprios.

Durante a instrumentação e o preparo químico-mecânico do sistema de canais radiculares, com auxílio da aplicação das soluções irrigadoras, ocorre redução considerável do número de bactérias. Porém, em regiões como istmos, ramificações laterais, entre outras, pode haver acúmulo de bactérias (Silva et al., 2009; Siqueira et al., 2012).

Segundo Hagege (2022), a clorexidina apresenta ação antimicrobiana eficaz e, por ser adsorvida pela dentina, mantém esse efeito por tempo prolongado. Por isso, pode ser utilizada como irrigante ou medicação intracanal. Contudo, apesar de sua atividade antimicrobiana, não é capaz de dissolver tecidos orgânicos. Para facilitar a instrumentação dos canais radiculares, além da clorexidina gel 2%, associou-se o soro fisiológico para remoção de detritos e promoção do fluxo dentro dos canais, além da solução de EDTA. O EDTA 17% foi aplicado antes da obturação dos canais radiculares para remover a smear layer e facilitar a adesão do cimento obturador às paredes dentinárias (Oliveira, 2019).

As técnicas de irrigação foram capazes de promover, em níveis aceitáveis, a remoção de debris presentes no terço apical do conduto radicular, bem como agir sobre a matriz mineral do dente e atuar na remoção da smear layer formada durante o preparo biomecânico (Marques et al., 2008).

Em alguns casos, faz-se necessário o emprego da medicação intracanal. Essas medicações devem apresentar características como antimicrobianas, biocompatíveis e estimular reparação tecidual pós-tratamento dos canais radiculares. Dentre as medicações intracanal destacam-se a pasta iodoformada e o gel de clorexidina entre sessões, com o objetivo de potencializar o processo de sanificação do sistema de canais radiculares. A medicação alcança regiões não acessadas pela instrumentação, age por mais tempo no interior do canal, além de ter ação antibacteriana, aliviando a dor e diminuindo a inflamação dos tecidos periapicais, neutralizando restos teciduais, agindo como uma barreira de preenchimento temporário e auxiliando na remoção de exsudatos persistentes, possibilitando a redução dos microrganismos endodônticos, de modo a garantir o sucesso do tratamento (Araújo; Oliveira, 2022; Pereira, 2018; Siqueira et al., 2012).

A obturação tem como principal objetivo o preenchimento completo dos espaços internos do sistema de canais radiculares, criados durante o processo de

sanificação (Goldberg; Soares, 2001). A guta-percha, associada a um cimento obturador, é o material mais comumente utilizado na obturação dos canais radiculares, por atender aos critérios técnicos exigidos. No entanto, mesmo com essa associação, o selamento obtido não é totalmente impermeável, podendo haver infiltrações em maior ou menor grau (Burns; Cohen, 2000).

Para o sucesso do tratamento endodôntico, é fundamental o restabelecimento da integridade dos tecidos perirradiculares e a preservação da estrutura dentária, o que é possibilitado por um selamento apical eficiente, com fechamento adequado dos espaços entre o cone de guta-percha, as paredes dentinárias e a vedação coronária (Goldberg; Soares, 2001).

O tratamento endodôntico é importante porque pode controlar e prevenir o desenvolvimento de lesões perirradiculares. O sucesso do tratamento pode ser caracterizado pela ausência da doença perirradicular após um período de preservação suficiente, a remissão do quadro infeccioso e subsequente tratamento endodôntico levaram à remissão da sintomatologia (Carvalho; Corrá; Nicolau, 2020; Siqueira et al., 2012).

O tratamento endodôntico no elemento 22 visou eliminar as bactérias presentes no canal radicular, mas a remoção completa de todas as bactérias não pode ser garantida, pois o canal não é “esterilizado”. Entretanto, os procedimentos realizados geraram um atendimento que atendeu todas as expectativas, eliminando o exsudato purulento e as patologias associadas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abscesso periapical agudo resulta do acúmulo de microrganismos que causam inflamação e exsudato no canal radicular, levando a edema e dor intensa. Quando diagnosticado, requer intervenção imediata para que haja redução significativa da dor e do desconforto, além da restauração da funcionalidade das estruturas orais. A intervenção rápida é crucial para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

É fundamental que o cirurgião-dentista esteja preparado para diagnosticar e tratar corretamente as infecções odontológicas, garantindo o bem-estar do paciente.

Este relato de caso contribui para a formação clínica de acadêmicos ao ilustrar um manejo eficaz de urgência endodôntica em ambiente universitário.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. A.; OLIVEIRA, V. V. Medicações intracanal utilizadas na endodontia: uma revisão de literatura. 2022. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Graduação em Odontologia) – Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, 2022. Orientador: Prof. Dr. Benito André Silveira Miranzi. Disponível em: <https://dspace.uniube.br/jspui/bitstream/123456789/1866/1/MEDICA%C3%87%C3%95ES%20INTRACANAL%20UTILIZADAS%20NA%20ENDODONTIA%20-%20UMA%20REVIS%C3%83O%20DE%20LITERATURA.pdf>. Acesso em: 19 mai.2025.

BERMAN, L. HARTWELL, G. Diagnosis. In: Cohen, S. and Hargreaves, K.M., Eds., **Pathways of the Pulp**, 11th Edition, Mosby/Elsevier, St. Louis, 2-37. (2011) Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-06489-7.00001-1>. Acesso em: 19 nov. 2024

BLANKSON, P.K; AHMED, A.M; ABDULAI, A.E; PARKINS, G; BOAMAH, M.O; BONDORIN, S; NUAMAH, I. Severe odontogenic infections: a 5-year review of a major referral hospital in Ghana. **Pan African Medical Journal**, Kampala, Uganda, v.32, n. 72, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31223362/> Acesso em: 09 set.2024.

BORGES, M.C. Fístula extraoral associada a lesão periapical de origem endodôntica: embasamento para o clínico. **Trabalho de conclusão de curso** (Especialização em atenção básica da saúde da família). Campos Gerais: Universidade Federal de Minas; 2011. Orientadora: Andréa Maria Duarte Vargas. Disponível em: [Fistula extraoral associada lesao.pdf](#). Acesso em: 04 jun. 2025.

CALDAS, C.S., BERGAMASCHI, C.C, SUCCI, G.M, MOTTA, R.H.L, RAMACCIATO, J.C. Avaliação clínica da epinefrina em diferentes concentrações para anestesia local odontológica. **Rev Dor.**, São Paulo, 2015, v.16, n. 1, p. 1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/DcNfYrLhXrPJ7CpySP5bxMF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 mai. 2025.

CAPELOZZA, A, L, A. Estudo das lesões do periápice em imagens convencionais e digitalizadas por ex-alunos de graduação da Faculdade de Odontologia de Bauru-USP. 2015, **Anais**. São Paulo: Universidade de São Pulo/Pró-Reitoria de Graduação, 2015. Disponível em <https://repositorio.usp.br/item/002837543>. Acesso em: 10 mai. 2025.

CARNEIRO, M. C.; DA COSTA, F. A.; CHICORA, P. G. V.; ENDO, M. S.; VELTRINI, V. C. Abordagem endodôntica não cirúrgica em extensa lesão periapical: relato de caso. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, [S. l.], v. 9, n. 6, p. 513–516, 2020.

DOI: 10.21270/archi.v9i6.4816. Disponível em:
<https://www.archhealthinvestigation.com.br/ARCHI/article/view/4816>. Acesso em: 12 jun. 2025.

COHEN, S.; BURNS, R. **Caminhos da polpa**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/737003131/Cohen-Caminhos-Da-Polpa-2021>. Acesso em: 12 abr. 2025.

CORRÁ, L. M. C.; CARVALHO, A. F. C.; NICOLAU, R. A. Drenagem periapical extra-oral (Relato de Caso). **UniVap**, 2020, Pôster apresentado no IV Encontro de Iniciação Científica Júnior – IVINI Jr. Orientadora: FROIS, I.M. Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em:
https://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0555_0691_01.pdf. Acesso em: 20 abr. 2025.

FONZAR, F.; FONZAR, A.; BUTTOLO, P.; WORTHINGTON, H.V.; ESPOSITO, M. The prognosis of root canal therapy: a 10-year retrospective cohort study on 411 patients with 1175 endodontically treated teeth. **Eur J Oral Implantol**. 2009. v. 2, n. 1, p. 201-208. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20467630/>. Acesso em: 10 mai. 2025.

HAGEGE, E, S. A importância da irrigação durante um tratamento endodôntico não cirúrgico - revisão narrativa, 2022. **Repositório Institucional da FFP**. V. 1, n. 1, p. 1-18. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/entities/publication/74e1afc6-8542-481f-8fc5-4fa7628b3f85>. Acesso em: 22 mar. 2024

JHAJHARIA, K; PAROLIA A; SHETTY K. V; MEHTA L.K. Biofilm in endodontics: A review. **J Int Soc Prev Community Dent**, v. 5, n. 1, p. 1-12, Jan-Feb. 2015. ISSN 2231-0762 (Print)2231-0762. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4103/2231-0762.151956> >. Acesso em: 21 nov. 2024.

KERNS, D. G.; GLICKMAN, G. D. **Inter-relações Endodônticas e Periodontais**. In Hargreaves M. K e Cohen, S. **Caminhos da Polpa**. Rio de Janeiro: Elsevier; p.598612, 2011. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/737003131/Cohen-Caminhos-Da-Polpa-2021>. Acesso em: 20 abr. 2025.

LARSEN, T; FIEHN, N. E. Dental biofilm infections - an update. **Review Apmis**, v. 125, n. 4, p. 376-384, Apr 2017. ISSN 0903-4641. Disponível em: ≤ <http://dx.doi.org/10.1111/apm.12688> >. Acesso em: 21 nov. 2024.

LEONARDI, D, P; GIOVANINI, A, F; ALMEIDA, S; SCHRAMM, C, A; BARATTO-FILHO, F. Alterações pulpares e periapicais. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, Itajaí, v. 8, n. 4, p. 464–471, out./dez. 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237024848_Alteracoes_pulpares_e_periapicais. Acesso em: 2 jun. 2025.

MARQUES, A.A.F.; GARCIA, L.F.R.; FROTA, M.F.; SIMÕES, R.A.; CONSANI, S. AVALIAÇÃO ULTRAESTRUTURAL DA REMOÇÃO DA SMEAR LAYER EM CANAIS
Anais do FAVE – Fórum Acadêmico do Centro Universitário Vértice - Univértix, Matipó, setembro, 2025.

RADICULARES UTILIZANDO EDTA 17% COM OU SEM AGITAÇÃO. **Rev. Clín. Pesq. Odontol.**, Curitiba, v. 4, n. 2, p. 71-75, maio/ago. 2008. Disponível em: [Odonto V4 N2.pmd](#). Acesso em: 04 jun. 2025.

MUNERATO, M. C.; FIAMINGHI, D. L.; PETRY, P. C. Urgências em odontologia: um estudo retrospectivo. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 46, n. 1, p. 90-95, 2005. Disponível em <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/7649/9745>. Acesso em 10 mai. 2025.

OLIVEIRA, P.C.S. Tratamento de abscesso fênix em sessão única: relato de caso. Orientação de Brenda Paula Figueiredo de Almeida Gomes. Piracicaba, SP: [s.n.], 2019. **TCC**. (1 recurso online (27 p.)), il., digital, arquivo PDF. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1638008>. Acesso em: 21 nov. 2024.

PEREIRA, L. V. Medicação intracanal em endodontia. 2018. **Monografia de Pós-Graduação** (Especialização em endodontia). Bauru: Faculdade de Odontologia de Bauru. Orientadora: Flaviana Bombarda de Andrade. Disponível em: [Medicação Intracanal em Endodontia.pdf - Google Drive](#). Acesso em: 19 mai.2025.

RODRIGUES, J. E. M.; CANGUSSU, I. S.; FIGUEIREDO, N. F. O. Abscesso periapical versus periodontal: Diagnóstico diferencial - Revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 11, n. 1, p. 5-9, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/14935>. Acesso em: 09 set.2024

SILVA, D. F. R.; OLIVEIRA, D. M. C. H.; PORTILHO, M. D. C.; JÚNIOR, D. E.; Análise legal das informações sobre instruções de uso presentes nas embalagens de limas K-File, **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, 2009. v. 7, n. 2, p. 200-207. Disponível em <https://periodicos.univille.br/RSBO/article/view/1137/1019>. Acesso em: 10 mai. 2025.

SILVA. K. L. B. D; DIAS.S. M. D. V. C; AMORIM, R. F. B. D. Relato de caso e série de casos: há espaço para eles? **Geriatr Gerontol Aging**, 2018. V. 12, n. 1, p. 4-7. Disponível em: <https://www.ggaging.com/details/451/pt-BR/relato-de-caso-e-serie-de-casos--ha-espaco-para-eles->. Acesso em 25 nov. 2024.

SIQUEIRA, J.R. I, N. ROCAS; H, P, LOPES; F, R. F. ALVES; J, C, M, OLIVEIRA; L, ARMADA; J, C. PROVENZANO. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular, **Rev. bras. odontol.** Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 8-14, jan./jun. 2012. Disponível em <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/364/295>. Acesso em: 10 mai. 2025.

SOARES, I. J; GOLDBERG, F. Endodontia: técnica e fundamentos. **Artmed**, 2001. *Porto Alegre; Artmed; 2001. 376 p. ilus. (BR)*. Disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-345183>. Acesso em: 15 fev. 2025.

STEPHENS, M, B; WIEDEMER, J, P; KUSHNER, G, M. Dental Problems in Primary Care. **American Family Physician**, Washington, v. 98, n. 11, Dez, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30485039/> Acesso em: 09 set. 2024.

TASCHIERI, S; FABBRO, D, M; SAMARANAYAKE, L; CHANG, W, W, J; CORBELLA, S. Microbial invasion of dentinal tubules: a literature review and a new perspective. **J Investig Clin Dent**, v. 5, n. 3, p. 163-70, Aug 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/jicd.12109>>. Acesso em: 15 set. 2024.

TAUMATURGO, T.F. ABSCESSOS PERIAPICAIS: DIAGNOSTICO E TRATAMENTO. In: **Conexão Fametro 2017** - Fortaleza/CE, 2018. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/conexaofametro2017/trabalho/38087>>. Acesso em: 11 nov. 2024.