

DRENAGEM ABCESSO PERIAPICAL EXTRA-ORAL (RELATO DE CASO)

Lucie Maura de Carvalho Corrá¹, Ana Flávia de Carvalho Corrá¹, Renata Amadei Nicolau², Iris Maria Frois³

¹ Graduanda do Curso de Odontologia, Faculdade de Ciências da Saúde (FCS), Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)

² Professora Doutora da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial, Curso de Odontologia, FCS - UNIVAP

³ Professora Doutora da Disciplina de Endodontia, Curso de Odontologia, FCS – UNIVAP
Av. Shishima Hifumi, 2911 CEP 12244-000 – São José dos Campos – SP

luciecorra@hotmail.com, anafcorra@hotmail.com, renatanicolau@hotmail.com, irisfrois@hotmail.com

Resumo- A condução correta de abscessos periapicais, principalmente no terço inferior da face, é objeto de grande atenção nas áreas de cirurgia Buco Maxilo Facial e Endodontia. Este trabalho aborda o relato de caso clínico de um paciente na 4ª década com presença de abscesso periapical recidivante decorrente de um tratamento endodôntico não realizado. O enfoque do estudo é apresentar o tratamento do abscesso apical agudo incluindo etapas cirúrgicas e endodônticas. No presente caso a instituição de drenagem extra-oral, sob terapêutica medicamentosa e fisioterapia com calor úmido, foi utilizada. O tratamento endodôntico do elemento dental foi realizado obtendo-se a conclusão do caso com sucesso terapêutico, comprovado por aspecto clínico de ausência de sinais e sintomas de abscesso agudo, associados ao controle radiográfico. O caso demonstra que a condução adequada de abscessos na região mandibular pode evitar comprometimentos de ordem sistêmica.

Palavras-chave: abscesso apical agudo, drenagem cirúrgica.

Área do Conhecimento: IV - Ciências da Saúde

Introdução

Um abscesso periapical agudo inicia-se geralmente na região periapical e pode resultar de uma polpa necrótica (MOREIRA, 1999). O abscesso pode instalar-se nas estruturas ósseas e na sua fase inicial causar dor sem qualquer tumefação (GOMES et al., 2003). A infecção é capaz de produzir celulite nos tecidos moles da região (PETERSON et al., 2000). A ausência de drenagem pode propiciar um quadro de Angina de Ludwig, em casos de abscesso na região anterior de mandíbula, por exemplo (TAVARES et al., 2009).

O abscesso periapical agudo pode ser causado por agentes físicos, químicos e microbianos, que são responsáveis por alterações inflamatórias irreversíveis do órgão pulpar, com posterior infecção (KURIYAMA et al., 2000; KURIYAMA et al., 2002; JIMENEZ et al., 2004). Os microrganismos que causam a infecção pulpar podem passar do interior do canal radicular para o periápice e causar o abscesso apical agudo (SKUCAITE et al., 2010). Este acometimento desenvolve-se como sequência de uma pericementite apical aguda ou ainda, como consequência de lesão crônica do tipo paracementosa como o granuloma dental e o

abscesso apical crônico. Quando o abscesso apical agudo se desenvolve a partir da exacerbação de um granuloma apical ou de um abscesso apical crônico, recebe o nome de Abscesso Fenix (SALGADO et al., 2003; GOMES et al., 2003). Os sintomas relatados são dor acentuada e pulsátil com sensação de pressão. Nos exames clínicos observa-se uma tumefação com aumento progressivo e rápido na região local atingida. Quando uma área de rarefação esta presente no exame radiográfico, pode-se dizer que ocorreu uma agudização de um processo crônico.

A drenagem intra ou extra-oral geralmente é instituída em casos de processos infecciosos agudos. Após a etapa drenagem e remição do quadro agudo é realizado o tratamento endodôntico do órgão dental afetado (MOREIRA, 1999).

Considerando-se que poucos documentos abordam detalhadamente a conduta clínica de tratamento de abscesso periapical com interface cirúrgica e endodôntica, o presente estudo teve como objetivo o relato de caso.

Metodologia

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do

Paraíba (UNIVAP) sob protocolo número H120CEP/2010. Foi realizada avaliação clínica na Universidade de Odontologia do Vale do Paraíba – UNIVAP, de um paciente do gênero masculino, 45 anos, caucasiano. O exame clínico (anamnese e exame clínico) e radiográfico foi realizado. Ao exame clínico observou-se eritema e tumefação na região submental. Ao exame radiográfico observou-se rarefação periapical difusa. O diagnóstico do quadro foi de abscesso periapical agudo no elemento dentário 41, decorrente de proliferação bacteriana após mortificação pulpar sem tratamento.

Resultados

No dia 27 de abril de 2010 (1º dia), o paciente foi atendido na Clínica Odontológica da UNIVAP, com dor e tumefação na região anterior da mandíbula (figura 1). No mesmo dia foram realizados os exames clínicos e complementares (RX periapical, temperatura local, etc), diagnosticando um abscesso periapical agudo (figura 2).



Figura 1: Tumefação na região do mento.



Figura 2: Abscesso periapical no dente 41.

Foi instituída medicação antibiótica que antecedeu o ato cirúrgico administrando-se Amoxicilina 500 mg associada à Metronidazol 250 mg, 8/8 horas, por 7 dias (KURIYAMA et al., 2002; MARTINEZ et al., 2004), associado à terapia com calor úmido extra-oral. No dia 28 de

abril de 2010 (2º dia) o mesmo retornou a clínica para a realização da drenagem extra-oral do abscesso. A anti-sepsia extra-oral com Iodo-povidine (SANTOS et al., 2003) e intra-oral com clorexidina 0,12% (BARALDI et al., 1998) precedeu o procedimento. Realizou-se a anestesia terminal infiltrativa (intra-oral) na região do dente 41 e extra-oral subcutânea ao redor da tumefação. A pele foi incisionada no ponto culminante da flutuação, acompanhando linhas faciais. Após a incisão da pele o tecido subcutâneo foi abordado drenagem da coleção purulenta. Para tal introduziu-se uma pinça hemostática fechada, realizando manobras de divulsão das lojas presentes no interior do tecido (figura 3) até a altura do tecido ósseo próximo à região periapical do dente 41 (origem do foco infeccioso). A secreção purulenta foi colhida e enviada para análise microbiológica.



Figura 3: Procedimento de drenagem.

Após este procedimento o local foi irrigado com soro fisiológico. Introduziu-se um dreno de látex estéril com dimensão de 10 cm de comprimento x 1 cm de largura, até atingir a parte óssea próxima à origem da lesão, ou seja, ápice do dente 41 (figura 4).



Figura 4: Dreno instituído.

Após a instituição do dreno foi realizada a fixação do mesmo por sutura simples junto às bordas da incisão, com fio de seda 4.0. Um curativo oclusivo foi instituído para manutenção

de proteção da via de drenagem do abscesso (figura 5).



Figura 5: Curativo pós-procedimento de drenagem inicial e instalação do dreno.

O paciente foi acompanhado diariamente durante 7 dias após o procedimento para avaliação, redução do dreno e troca de curativo (figura 6). O resultado da cultura microbiológica foi da presença de *Staphylococcus epidermidis*.

O paciente foi orientado a realização de terapia com calor úmido (20 vezes ao dia) e manutenção da terapia medicamentosa por um período de mais 7 dias, considerando a sensibilidade do microrganismo evidenciado.

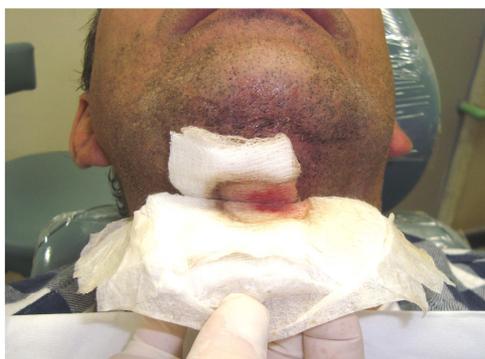


Figura 6: Procedimento de troca do curativo.

No dia 06 de maio de 2010 (10º dia) o dreno foi removido (figura 7).



Figura 7: Remoção do dreno de borracha

Mediante ausência de sinais clínicos de infecção (figura 8).



Figura 8: Paciente após remoção do dreno.

O paciente retornou no dia 11 de maio de 2010 (15º dia pós-drenagem) para tratamento endodôntico do elemento dentário 41 (figura 9), realizado em 2 sessões. Entre as sessões (intervalo de 7 dias) foi introduzida medicação intra-canal (hidróxido de cálcio P.A. com PRP – paramonoclorofenol + rifamicina + prednisona). Na última sessão não foi observado exudato no interior do canal radicular (via testes com cone de papel estéril) permitindo a obturação (figura 9).



Figura 9: Radiografia final do tratamento endodôntico.

Após 59 dias observou-se regressão da lesão gradual, dentro de aspectos de normalidade. Observada radiopacidade na porção apical, compatível a reparo ósseo pós-tratamento endodôntico no período observada.

Discussão

As infecções odontogênicas podem necessitar apenas da administração de um antibiótico, ou ser mais complexa e requer procedimentos cirúrgicos, como incisão e drenagem (PETERSON et al., 2000). 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. A extração dental é indicada em última escolha, somente após apicetomia com obturação retrógrada sem sucesso (GOMES et al., 2003). No presente caso o paciente foi submetido à drenagem extra-oral seguido de acompanhamento sob terapia medicamentosa e fisioterapia com calor úmido. A remissão do quadro infeccioso e subsequente tratamento endodôntico levaram à remissão do quadro. O paciente foi acompanhado durante 7 dias após o procedimento. Na clínica odontológica os abscessos dentoalveolares geralmente apresentam-se como quadros de urgência, requerendo a intervenção imediata por parte do cirurgião-dentista (CARVALHO et al., 1988). Em infecções orais são comumente observadas bactérias aeróbicas (VIGIL et al., 1997; KURIYAMA et al., 2000; KURIYAMA et al., 2002; JIMENEZ et al., 2004). O antibiótico de eleição é a penicilina, uma vez que é capaz de eliminar um grande espectro de bactérias encontradas em abscessos dentoalveolares (ANDRADE, 1999; TORTAMANO et al., 2008). O medicamento utilizado no presente caso foi a Amoxicilina associado ao Metronidazol (MENEZES et al., 2002; SALGADO et al., 2003; WANNMACHER; FERREIRA, 1999). A Amoxicilina devido ao efeito bactericida em quase 96% dos patógenos (BAUMGARTNER; XIA, 2003; TORTAMANO et al., 2008), e o Metronidazol, pois tem excelente penetração em tecido ósseo e áreas de abscesso, além de efetividade sobre microrganismos anaeróbios, comumente observados em abscessos periapicais agudos (SILVA et al., 2000; GOMES et al., 2003). Segundo autores a melhor conduta de tratamento tem sido considerada a instituição de antibioticoterapia, drenagem e remoção da causa por tratamento endodôntico convencional e/ou cirurgia complementar (CARVALHO et al., 1988; MOREIRA et al., 1999; GOMES et al., 2003; MARTINEZ et al., 2004; TORTAMANO et al., 2008; SKUCAITE et al., 2010).

Conclusão

O caso clínico descrito demonstra que a condução adequada de abscesso periapical na região mandibular pode evitar comprometimentos de ordem sistêmica.

Referências

- ANDRADE, E. D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 188p.
- BAUMGARTNER, J. C.; XIA, T. Antibiotic susceptibility of bacteria associated with endodontic abscess. **J. Endod.** v.29, n.1, p.44-7, 2003.
- BARALDI, V.; MATOS, M. F.; LAURO, F. D.; BOSSA, R. L. O uso da clorexidina no pré e no pós-operatório em cirurgia buco-maxilo-facial **Rev. Inst. Ciênc. Saúde.** v. 16, n. 2, p. 123-127, 1998.
- CARVALHO, A. C. P.; CARVALHO, P. S. P.; ANDRADE, E. D.; PASSERI, L. A. Tratamento dos abscessos de origem dental. **Odontol. Mod.** v.15, n. 10, p. 34-39, 1988.
- GOMES, A. C. A.; DOURADO, A. T.; DIAS, E. O. S.; ALBUQUERQUE, D. S. Conduta terapêutica em dente com lesão refratária ao tratamento endodôntico convencional e Cirúrgico – caso clínico. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.3, n.1, p. 23-29, 2003.
- JIMENEZ, Y.; BAGAN, J.V.; MURILLO, J.; POVEDA, R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistémicas. **Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.** v. 9, p. 143-147, 2004.
- KURIYAMA, T.; KARASAWA, T.; NAKAGAWA, K.; et al. Bacteriology and antimicrobial susceptibility of gram-positive cocci isolated from pus spacements of orofacial odontogenic infections. **Oral Microbiol. Immunol.** v. 17, p. 132–135. 2002.
- KURIYAMA, T.; KARASAWA, T.; NAKAGAWA, K.; et al. Bacteriologic features and antimicrobial susceptibility in isolates from orofacial odontogenic infections. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.** v.90, p. 600-608, 2000.
- MARTINEZ, A. B. et al. Documento de consenso sobre el tratamiento antimicrobiano de las infecciones bacterianas odontogénicas. **Med. Oral Cir. Bucal.** v. 9, p.363-76, 2004.
- MENEZES, M. M.; CÔAS, V. R.; UMETSUBO, L. S.; VALERA, M. C.; PAGANI, C. Antibióticos nas infecções pulpares e periapicais. **J. Bras. Endod.**, v. 3, n. 11, p. 343-349, 2002.
- MOREIRA, R. W. F.; LAUREANO FILHO, J. R.; MAZZONETTO, R.; MORAES, M. Abscesso periapical agudo: diagnóstico, prognóstico, complicações e tratamento. **Rev.**

Assoc. Paul. Cir. Dent. v. 53, n.3, p. 197-200, 1999.

- PETERSON, L. J.; ELLIS, E.; HIUPP, J. R.; TUCKER, M. R. **Cirurgia Oral e Maxilo Facial Contemporânea**. 3ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 772p.
- SALGADO, A. A. M.; CAMPIELO, I. T.; OLIVEIRA FILHO, R. M.; LEONARDO, M. R. Desobturação de canal radicular em casos de agudização de lesão periapical crônica (abscesso fênix). **J. Bras. Endod.**, v. 4, n. 15, p. 291-294, 2003.
- SANTOS, M. A. A.; PEREIRA, S. L. S.; STEFANI, C. M.; MOTA, O. M. L.; CARLOS, M. X.. O uso de iodo-povidine em Periodontia **Rev. Odontol. Araçatuba**. v. 24, n. 2, p. 9-16, 2003.
- SILVA, C. R. C.; MATTOS, N. H. R.; LOPES, F. A. M. Antibióticos – As novas gerações e o uso na
– endodontia. **J. Bras. Endo/perio**, v. 1, n. 2, p. 54-58, 2000.
- SKUCAITE, N.; PECIULIENE, V., VITKAUSKIENE, A.; MACHIULSKIENE V. Susceptibility of Endodontic Pathogens to Antibiotics in Patients with Symptomatic Apical Periodontitis. **J. Endod.** doi: 10.1016/j.joen.2010.04.009, 2010.
- TAVARES, S. S. S.; TAVARES, G. R.; CAVALCANTI, M. O. A.; CARREIRA, P. F. S.; CAVALCANTE, J. R.; PAIVA, M. A. F. Angina de Ludwig: revisão de literatura e relato de caso. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, v.9, n.3, p. 9-14, 2009.
- TORTAMANO, I. P.; HORLIANA, A. C. R. T.; COSTA, C. G.; ROMANO, M. M.; SOARES, M. S.; ROCHA, R. G. Antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder? **Rev. Odonto** v. 16, n. 32, p. 90-97, 2008. 568p.
- WANNMACHER, LENITA; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- VIGIL, V. G.; WAYMAN, E. B.; DAZEY, E. S.; FOWLER, B.C.; BRADLEY, JR, V. D. Identification and antibiotic sensitivity of bacteria isolated from periapical lesions. **J. Endodonti**. v. 23, n.2, p.110 – 114, 1997.