

Periodontite apical assintomática – relato de caso clínico

Assymptomatic apical periodontitis – clinical report

Abilio Albuquerque Maranhão de Moura*
Harry Davidowicz**
Leslie Pereira Dias***
Márcia Regina Ramalho da Silva Bardauil****

Resumo

O presente trabalho relata a história clínica de uma paciente de 37 anos de idade, que se apresentou a Universidade Paulista (UNIP), queixando-se de uma "espinha no queixo que não sarava". O exame radiográfico mostrou uma extensa área radiolúcida envolvendo os dentes anteriores, que através do mapeamento com cone de guta-percha e radiografia, detectou-se que a espinha no queixo era uma fistula extra-oral associada ao dente 41. O tratamento proposto foi o endodôntico com curativos à base de hidróxido de cálcio. Durante o tratamento deste dente, a paciente se queixou de uma "bolinha" na região lingual. Com novo mapeamento constatou-se outra fistula, intra-oral, correspondente a uma lesão periapical no dente 34. Foi proposto o mesmo procedimento com curativos à base de hidróxido de cálcio. Observou-se o desaparecimento das duas fistulas. O tratamento endodôntico à base de curativos de hidróxido de cálcio foi eficaz e a preservação foi necessária para acompanhar a reparação neste tipo de patologia.

Palavras-chave: Periodontite periapical; Abscesso periapical; Fistula

Abstract

The present study relates a clinical history of a 37 years old patient that presented to the University Paulista (UNIP) reporting "a pimple in her chin that never dried". A radiographic exam showed a large radiolucense area involving the anterior teeth that traced with a gutapercha point showed that it was an extraoral fistula, concerning the 41 tooth. The treatment proposed was the endodontic with intracanal medication of calcium hydroxide. During the treatment the patient reported a pimple in the lingual region. With a new traced radiography, it was constacted another fistula, intraoral, corresponding to a periapical lesion in the 34 tooth. It was proposed the same treatment with calcium hydroxide. It was observed the cure of the both fistulas. The endodontic treatment with intracanal medication of calcium hydroxide was effective and it was necessary to accompany the cure in this pathology.

Key words: Periapical periodontitis; Periapical abscess; Fistula

Introdução

O presente trabalho relata um caso de periodontite apical assintomática, abscesso periapical crônico, cuja história clínica é de uma paciente que se apresentou para tratamento dentário relatando dor no dente segundo pré-molar inferior esquerdo e fistula cutânea na região mentoniana associada aos dentes incisivos inferiores. No início do tratamento houve a manifestação de um outro abscesso periapical crônico, com fistula mucosa, por lingual, na região dos dentes pré-molares inferiores do lado esquerdo, cujo procedimento, para as duas patologias, se limitou ao tratamento endodôntico dos dentes envolvidos, sem necessidade de complementação cirúrgica.

Revisão da literatura

A patologia periapical, segundo Estrela e Figueiredo⁹ (2001), é uma resposta biológica, frente a diversos agentes, químicos e físicos, ressaltando-se os microbiológicos, isto é, a presença de infecção no canal radicular e por vezes no periápice. De fato, a inflamação periapical ocorre quando os agentes agressores da polpa, como os microrganismos, invadem e colonizam os tecidos periapicais, podendo, tal fato, ocorrer antes da totalidade da necrose pulpar.

Para Kakehashi *et al.*⁷ (1965) a necrose pulpar pode ser asséptica, sem microrganismos, não sendo possível o desenvolvimento de uma lesão periapical.

Acorde Seltzer e Bender¹⁰ (1965) uma vez formada a lesão periapical, radiograficamente se nota uma

* Professor Livre Docente Associado do Departamento de Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP). Professor Titular responsável pela Disciplina de Endodontia da Universidade Paulista (UNIP).

** Professor Titular da Disciplina de Endodontia da UNIP.

*** Cirurgiã-dentista pela UNIP. E-mail: marciaebardaendo@uol.com.br

**** Mestre em Endodontia pela UNIP. Especialista em Endodontia pela UNIP.

imagem radiolúcida envolvendo o tecido ósseo ao ápice dentário, sendo estas, áreas de reabsorção alveolar variando de um aspecto difuso ao circunscrito.

O mecanismo de formação da lesão periapical é complexo, e envolve resistência maior ou menor do paciente para o seu processo evolutivo, podendo ser comparado, de uma certa forma, ao que ocorre com a polpa dentária⁸.

Com a continuidade do tecido pulpar até a região apical, é fácil entender que toda injúria pulpar acarretará injúria periapical. No entanto na região periapical, diferentes tecidos estão envolvidos: cemento, ligamento periodontal e osso alveolar, que com a proximidade do tecido ósseo e a rica vascularização, permite que a resposta inflamatória seja mais rápida. Tagger e Massler¹¹ (1975), trabalhando com ratos, relataram que tão logo haja exposição pulpar a região periapical apresenta áreas de reabsorção.

Quando o afluxo de microrganismos é rápido e severo, tem-se como resultado a formação do abscesso. O abscesso é uma coleção localizada de pus em uma cavidade formada pela desintegração dos tecidos. A exteriorização deste pus, pode dar-se pelas diferentes vias: canal radicular, ligamento periodontal, mucosa ou cutânea. As duas primeiras caracterizam fases agudas do abscesso que podem evoluir para cronicidade.

Quando o processo crônico leva a formação de uma fistula, que é caracterizada pela drenagem lenta e gradual da coleção purulenta, esta pode ser via mucosa, intra-oral ou, via cutânea, extra-oral.

O trajeto fistuloso segundo Harrison e Larson⁵ (1976) pode estar revestido por epitélio ou tecido conjuntivo inflamado podendo causar sensibilidade dolorosa, estendendo-se do centro da supuração para a superfície intra ou extra-oral.

Ingle e Taintor⁶ (1989) relataram que muitos casos de abscesso na fase crônica são tão indolores que passam anos desapercibidos, até que são revelados pelo exame clínico e radiográfico de rotina. Salientaram que a sanificação, isto é, limpeza e desinfecção, associada à modelagem e a obturação correta do canal radicular, permite, na maioria dos casos, a reparação completa dos tecidos periapicais sendo que os trajetos fistulosos desaparecem espontaneamente.

Barbakow e Cleaton¹ (1981) em um levantamento de casos endodônticos constataram que 66% dos tratamentos revelavam lesões periapicais. Após um ano de controle destes casos, 59% das lesões tinham desaparecidos, e somente 8% delas ainda eram evidentes.

Cohen e Burns² (2000) descreveram que a destruição óssea é causada pela reação orgânica contra as bactérias e seus produtos localizados no interior do canal.

A ação dos microrganismos, enzimas, toxinas, produtos metabólicos, constituintes celulares e mediadores inflamatórios, em conjunto com o grau de virulência e as respostas orgânicas, determinam as diferentes patologias do periápice. Quando os microrganismos se mos-

tram muito virulentos, ou quando as defesas orgânicas estão diminuídas, provocam, a periodontite apical sintomática infecciosa e o abscesso periapical agudo. Por outro lado, quando a virulência do microrganismo é baixa ou o organismo mais resistente, o processo é crônico, com lenta evolução, ocorrendo a periodontite apical assintomática³.

Clinicamente, como o tecido pulpar está necrosado, não há resposta aos testes de vitalidade, térmico e elétrico, ficando mais fácil detectar o dente envolvido quando o mesmo apresenta uma fístula. Neste caso, podemos mapear a fístula introduzindo um cone de guta-percha pela mesma e fazer uma tomada radiográfica. A ponta do cone identificará o ápice dentário responsável pela infecção.

Caso o dente com abscesso periapical crônico possa ser reintegrado ao sistema estomatognático, o tratamento endodôntico está indicado, sendo necessária, vez ou outra, complementação cirúrgica⁴.

O tratamento endodôntico não cirúrgico é a primeira opção clínica terapêutica indicada, sendo necessário segundo Estrela e Figueiredo³ (2001) o acompanhamento clínico e radiográfico após a obturação do canal radicular, por um período superior a dois anos, para avaliar o processo de cura da lesão existente.

A proposta deste trabalho é relatar a história clínica de uma paciente que apresentou duas formas de manifestação da periodontite apical assintomática – abscesso periapical crônico, em dentes distintos: uma fístula extra-oral ou cutânea na região mentoniana e uma fístula intra-oral ou mucosa na região lingual da mandíbula.

Relato do caso

Paciente do sexo feminino, 37 anos de idade, apresentou-se à Universidade Paulista, queixando-se de dor no dente segundo pré-molar inferior esquerdo (35). Na anamnese, a paciente relatou que não visitava o cirurgião-dentista há alguns anos e o dente em questão era sensível na mastigação e desejava sua extração. Durante o exame clínico, na inspeção extra-oral, constatou-se a presença de uma fístula cutânea na região mentoniana que rotineiramente apresentava-se com drenagem (Figuras 1a e 1b).

Na inspeção intra-oral observou-se ausência dos dentes superiores com uso de prótese total, e na arcada inferior, ausência dos dentes molares e canino do lado direito, primeiro e terceiro molares do lado esquerdo (Figuras 2a e 2b).

Ao teste térmico pelo frio, com gás refrigerante, os dentes 34, 31, 41 e 42 não apresentaram resposta de vitalidade.

Além das radiografias periapicais para os dentes da arcada inferior foi realizada também uma radiografia oclusal onde se pode constatar alterações ósseas e dentárias nos dentes sem vitalidade pulpar (Figuras 3a e 3b).

Por ter sido constatada fístula cutânea na região mentoniana, um cone de guta-percha foi inserido pelo traje-



Figura 1a. Inspeção extraoral



Figura 1b. Fístula cutânea



Figura 2a. Inspeção intra-oral

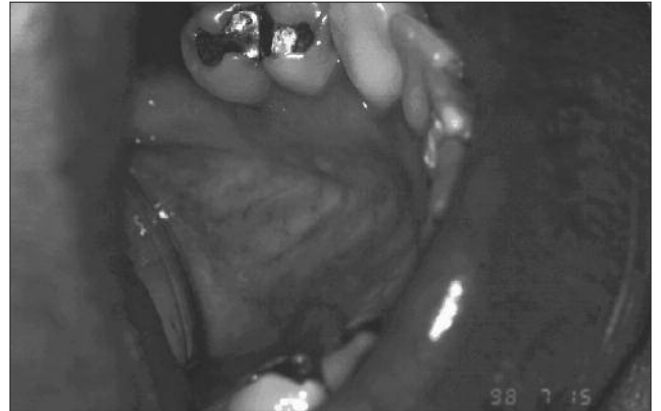


Figura 2b. Inspeção Intra-oral



Figura 3a. Radiografia oclusal



Figura 3b. Radiografias periapicais



Figura 4a. Mapeamento fístula

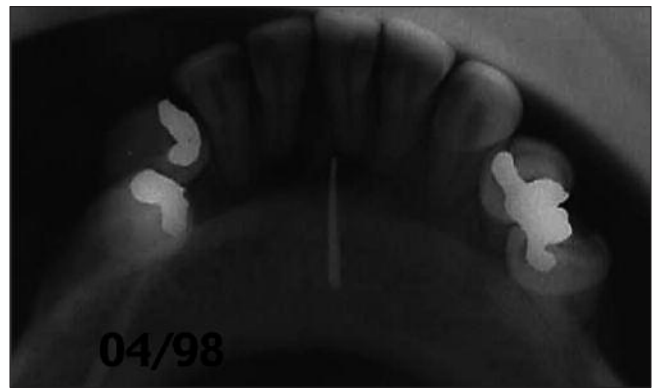


Figura 4b. Radiografia mapeamento

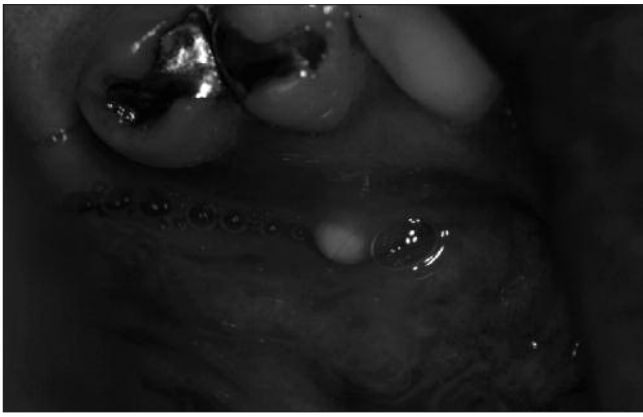


Figura 5. Fístula intra-oral



Figura 6a. Radiografia mapeamento



Figura 6b. Mapeamento fistula

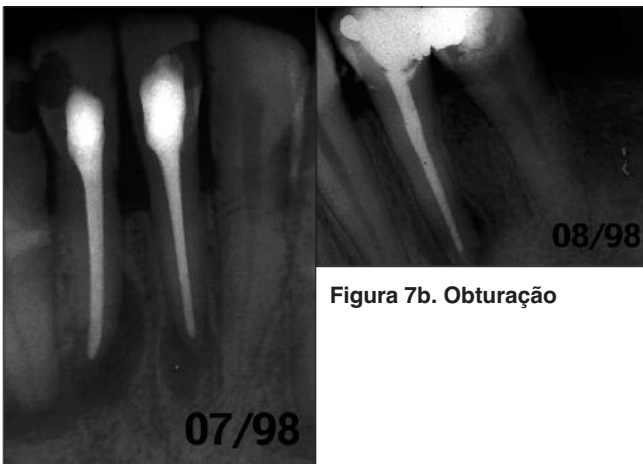


Figura 7a. Obturação

Figura 7b. Obturação

to fistuloso permitindo o seu mapeamento através de radiografia oclusal, identificando-se assim que o dente envolvido era o incisivo central inferior esquerdo, dente³¹ (Figuras 4a e 4b).

Os dentes 34, 41 e 42 apresentaram imagem radiolúcida extensa bem delimitada. O diagnóstico clínico e radiográfico foi de abscesso periapical crônico com fístula para o dente 31, e para os dentes 34, 41 e 42 periodontite apical assintomática.

○

tratamento foi iniciado pelos procedimentos básicos de raspagem supragengival na arcada inferior para eliminar a gengivite, curetagem superficial da cárie e curativo com IRM do dente 35.

Na sessão seguinte foi iniciado o tratamento endodôntico do dente 31. Foi realizada a penetração desinfetante, o preparo químico-cirúrgico, medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio PA, e restauração provisória com IRM. Seqüencialmente o mesmo procedimento foi realizado nos dentes 41 e 42.

Quinze dias após o início do tratamento, a paciente queixou-se de uma “bolinha” na região lingual do 3º quadrante (Figura 5).

Novo mapeamento com cone de guta-percha foi realizado e radiograficamente observou-se que correspondia a uma fístula intra-oral da rarefação óssea periapical existente no dente 34 (Figuras 6a e 6b). Foi realizada a abertura, penetração desinfetante, preparo químico-cirúrgico e a medicação intracanal com hidróxido de cálcio PA.

Após 21 dias as fístulas intra e extra-oral desapareceram e uma cicatriz havia na região do mento. A paciente não apresentava qualquer sintomatologia e os dentes foram obturados segundo a técnica de Paiva e Antoniazzi⁹ (1984) (Figuras 7a e 7b).

A proervação foi realizada com exames clínicos e radiográficos podendo-se observar a diminuição das rarefações (Figura 8a e 8b) e uma pequena cicatriz no

mento (Figura 9).

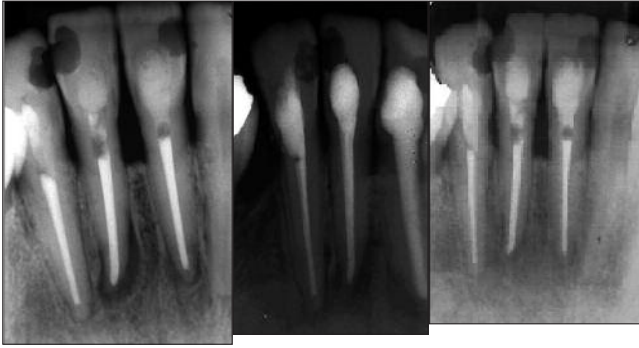


Figura 8a. Proservação

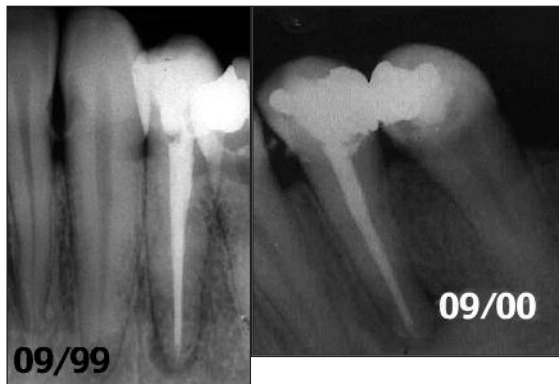


Figura 8b. Proservação



Figura 9. Cicatriz fístula extraoral
Discussão

A periodontite apical assintomática, descrita como abscesso periapical crônico, é caracterizada pela drenagem lenta e gradual, através de uma fístula, intra-oral ou extra-oral, sem sintomatologia dolorosa e radiograficamente com rarefação óssea periapical^{3,6,10}.

Neste caso clínico a paciente apresentou as duas formas de manifestação desta patologia simultaneamente, fístula intra e extra-oral, associada a dentes distintos.

Pode-se verificar como a evolução silenciosa desta patologia acarretou grande destruição óssea, manifestando-se como uma fístula extra-oral, confundindo a paciente quanto à sua correlação com os seus dentes, pondo em risco a perda do órgão dental.

Acorde Ingle e Taintor⁶ (1989), usualmente o abscesso periapical na fase crônica não causa dor, permitindo portanto, a evolução da destruição óssea.

A paciente relatou que diariamente havia drenagem e certa sensibilidade à palpação quando o trajeto estava bloqueado utilizando uma "agulha" para abri-la, aliviando o desconforto.

A patologia do dente 34 diagnosticado inicialmente como uma periodontite apical assintomática sem fístula evoluiu rapidamente para um processo com fístula, numa região atípica, lingual, do rebordo alveolar.

Como a patologia periapical apresenta um mecanismo complexo onde vários tecidos estão envolvidos, assim como a resistência maior ou menor do paciente e também a virulência e quantidade dos microrganismos^{3,6,8,10}, neste caso, possivelmente um desequilíbrio resistência-virulência pode ter ocorrido havendo a evolução da patologia para um processo crônico.

Ingle e Taintor⁶ (1989) explicaram que as doenças periapicais são classificadas com base em sinais e sintomas clínicos e em dados radiográficos, podendo ocorrer superposições clínicas e histológicas durante o seu processo evolutivo.

A possibilidade do mapeamento da fístula, tanto intra como extra-oral, foi um recurso auxiliar valioso para identificar através da radiografia o dente causador do processo infeccioso.

Estrela e Figueiredo³ (2001) indicam para áreas extensas de rarefação óssea, inicialmente o tratamento endodôntico não cirúrgico, preservando-se por pelo menos dois anos.

Como nesse caso as rarefações eram extensas, optou-se pela terapêutica clínica sem cirurgia complementar periapical em ambos os dentes 31 e 34. Com a preservação de cinco anos, constatou-se a reparação total dos tecidos periapicais.

Conclusões

1. O tratamento endodôntico convencional com curativos à base de hidróxido de cálcio mostrou-se eficaz neste tipo de patologia.
2. A preservação é necessária para acompanhar a

Referências

reparação das lesões.

1. Barbakow FHE, Cleaton JPE. Treatment of teeth with periapical radiolucent areas in general practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1981;51(5): 552-9.
2. Cohen SE, Burns RC. Caminhos da polpa. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
3. Estrela CE, Figueiredo JAP. Endodontia – princípios biológicos e mecânicos. São Paulo: Artes Médicas; 2001.
4. Estrela C, Estrela CRA, Dirceu RFE, Mamede Neto I. Considerações sobre a periodontite apical assintomática com extensa rarefação óssea. *Rev Fac Odontol Univ Fed Goiás.* 1998;(2):25-30.
5. Harrison JE, Larson W. The epithelialized oral sinus tract. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1976;(42): 511.
6. Ingle JI, Taintor JF. Endodontia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1989. p.358-80.