

Diagnóstico diferencial entre processos periodontal e endodôntico envolvendo a presença de fístula: relato de caso

Differential diagnosis between periodontal and endodontic processes involving fistula presence: case report

Patrícia Fernanda Roesler Bertolini^{1,2}, Oswaldo Biondi Filho^{1,2}, Maria Fernanda Marques Barbosa¹, Diogo Medeiros de Goes¹, Fábio Henrique Lozano Monteiro^{1,2}, Ricardo Salgado de Souza^{1,3}, Juliana Bellini Pereira da Silva^{1,2}, Elcio Magdalena Giovani³

¹Pharmaceutical Sciences Postgraduate Program, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil; ²Curso de Farmácia da Universidade Paulista – UNIP, Campus Jundiaí, Jundiaí – SP, Brazil; ³Department of Pharmacy, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil.

Resumo

Objetivo – Relatar diagnóstico diferencial entre processos endodôntico e periodontal utilizando parâmetros clínicos e radiográficos envolvendo a presença de fístula, e a resolução do quadro clínico após tratamento endodôntico. **Métodos** – Paciente compareceu relatando que em seu último tratamento odontológico, a face vestibular do elemento dental 14 foi restaurada, e seu rosto havia inchado após isso, e foi indicado uso de antibioticoterapia. Clinicamente, observou-se presença de fístula na região, porém, seu índice de placa estava satisfatório, e não havia depósitos de cálculo, ou profundidade de sondagem aumentada para caracterizar a presença de bolsa. O teste de vitalidade respondeu negativamente, e houve relato de sintomatologia ao realizar o teste de percussão vertical e horizontal. A radiografia sugeria presença de lesão periapical, e o traçado do trajeto da fístula demonstrou que ela tinha origem do periápice. **Resultados** – A associação dos parâmetros clínicos e radiográficos avaliados permitiu caracterizar ser um processo de origem endodôntica, caracterizando abscesso periapical crônico, diferenciando de uma alteração que afetava apenas o periodonto. Após 7 dias da realização do tratamento endodôntico, a sintomatologia e a fístula desapareceram, a restauração definitiva foi realizada juntamente com o ajuste oclusal. **Conclusão** – Portanto, no dia a dia da clínica odontológica é importante que o cirurgião dentista tenha o conhecimento necessário para realizar o diagnóstico diferencial entre processos periodontais e endodônticos para estabelecer o tratamento adequado, resultando no restabelecimento da saúde bucal do paciente.

Descritores: Odontologia; Saúde bucal; Periodontia; Doenças periodontais; Abscesso periapical; Fístula

Abstract

Objective – To report the differential diagnosis between endodontic and periodontal processes using clinical and radiographic parameters involving the presence of a fistula, and the resolution of the clinical aspect after endodontic treatment. **Methods** – Patient reporting that during last dental treatment, buccal surface of tooth 14 was restored, and that her face had become swelled up and antibiotic therapy was prescribed. Clinically, fistula was observed in the region, however, the plaque index was satisfactory, absence of calculus deposits and probing depth characterized no periodontal pocket presence. The vitality test was negative, although symptomatology was report when vertical and horizontal percussion testing is performed. The radiograph suggested periapical lesion presence, and fistula's pathway was traced, characterizing its periapical origin. **Results** – The association of evaluated clinical and radiographic parameters allowed to characterize the condition as an endodontic process, specifically a chronic periapical abscess, differentiating it from an alteration affecting only the periodontium. Seven days after the endodontic treatment performed in the Interdisciplinary Dentistry clinic, the symptoms and fistula disappeared, and the definitive restoration was performed along with occlusal adjustment. **Conclusion** – Therefore, in daily dental clinic practice, it is important for the dentist to have the necessary knowledge to perform the differential diagnosis between periodontal and endodontic processes in order to establish the appropriate treatment, resulting in the patient's oral health re-establishment.

Descriptors: Dentistry; Oral health; Periodontics; Periodontal disease; Periodontal abscess; Fistula

Introdução

Fístula caracteriza-se como via de drenagem por onde há passagem do exsudato purulento formado em decorrência de processo infeccioso instalado^{1,2}. Pode ocorrer intraoral, abrangendo tecido gengival ou mucosa alveolar, como também extraoral, isto dependerá da localização da lesão em relação às inserções musculares, estruturas anatômicas ao seu redor, seguindo caminho de menor resistência³.

Pode estar presente tanto em processos endodônticos, periodontais, ou lesões endo-periodontais, esta via de drenagem leva ao alívio da dor existente, e caracteriza um processo crônico⁴⁻⁶.

Faz-se identificação do trajeto fistuloso introduzindo um cone de guta percha secundário na abertura da fístula, percorrendo toda sua extensão até seu ponto de origem, seguido da realização do exame radiográfico, chamado de fistulografia⁷.

Localização de sua origem auxilia no diagnóstico diferencial entre processos endodônticos e periodontais, que provêm do periápice, ou do tecido ósseo marginal, respectivamente^{8,9}.

Fístula em processos de origem periodontal relaciona-se a quadros de abscessos crônicos, e para seu diagnóstico deve ser observada presença de fator etiológico local, biofilme bacteriano disbiótico, podendo ocorrer ou não perda de inserção periodontal, aumento da

profundidade de sondagem caracterizando algum tipo de bolsa presente, ocorrência de tumefação demonstrando aumento de volume circunscrito, presença de tecido gengival eritematoso, ocorrência de sangramento e exsudato purulento. Perda de inserção pode envolver faces interproximais e livres, equivalente ou maior que 3mm, associada à profundidade de sondagem de 3mm ou mais, diagnosticada em pelo menos dois dentes não adjacentes^{10,11}.

Patologias periapicais originadas do tecido pulpar associadas à fistula caracterizam-se por necrose pulpar pela resposta negativa ao teste de vitalidade devido às restaurações, lesões cáries ou destruições coronárias extensas. Presença de dor à percussão e palpação, e edema. Radiograficamente pode sugerir presença de tratamento endodôntico inadequado, e imagem radiolúcida difusa, ou circunscrita, envolvendo periápice^{5,7}.

Segundo Bertolini *et al.*⁴ e Nogueira *et al.*¹², lesão endo-periodontal caracteriza-se pelo envolvimento entre endodonto e periodonto por bolsa periodontal profunda, podendo ser estreita ou não, sugerindo comunicação por via fisiológica ou não com o tecido pulpar, que leva à resposta alterada ou negativa do teste de vitalidade, presença de restaurações extensas, lesão cáries ou tratamento endodôntico inadequado, radiograficamente há reabsorção na região periapical, área de furca, ou ao longo da raiz, pode ser associada a dor espontânea, ou à palpação e percussão, presença de exsudato purulento, e mobilidade dentária se presente, relaciona-se à quantidade de faces dentais envolvidas pela perda de inserção periodontal, ou envolvimento endodôntico do periápice.

Este trabalho caracteriza diagnóstico diferencial entre processos endodôntico e periodontal envolvendo a presença de fistula, pelo relato de caso clínico com envolvimento periapical, que após tratamento endodôntico foi solucionado e saúde restabelecida.

Relato de Caso

Paciente, gênero feminino, 66 anos, compareceu à Clínica de Periodontia da FOUNIP – Campus Sorocaba, relatando que tempo atrás, havia feito restauração classe V na face vestibular do elemento dental 14, e após isso, seu rosto havia inchado e para seu tratamento foi indicado apenas uso de antibiótico.

Clinicamente, observou-se presença de fistula na face vestibular deste elemento dental (Figura 1). Na região, índice de placa apresentava-se satisfatório, depósitos de cálculo ausentes, havia profundidade de sondagem de 1 mm, sem comunicação com a fistula (Figura 2), enquanto, a sondagem da área da fistula caracterizava que a sonda periodontal penetrava em toda a sua extensão (Figura 3), sugerindo ir em direção ao periápice.

Teste de vitalidade foi realizado na face vestibular, evitando a região cervical por apresentar restauração classe V (Figura 4), e respondeu negativamente, porém,

a paciente relatava desconforto ao morder, respondendo positivamente aos testes de percussão vertical e horizontal, caracterizando presença de sintomatologia. Trajeto da fistula foi determinado radiograficamente, após introdução de cone de guta percha secundário na fistula (Figura 5), sem anestesia, percorrendo toda sua extensão até encontrar resistência tecidual, e a paciente relatar ligeiro desconforto. A radiografia sugeriu que sua origem era do periápice, e havia imagem radiolúcida ao seu redor (Figura 6).

A associação de parâmetros clínicos e radiográficos permitiu caracterizar ser processo de origem endodôntica, um abscesso periapical crônico, e executou-se tratamento endodôntico na Clínica de Odontologia Interdisciplinar.

Tratamento endodôntico foi realizado com uso de isolamento absoluto em sessão única. Realizou-se abertura endodôntica de forma conservadora com broca diamantada esférica 1014 HL (KG Sorensen, Serra, ES), seguido de acesso à câmara pulpar e localização dos condutos radiculares, vestibular e palatino, com lima C PILOT #15 (VDW, Dentsply Indústria e Comércio Ltda, Pirassununga, SP).

Localizador apical (WAK Comércio Exterior Ltda, Campo Belo, SP) foi utilizado para odontometria, com uso da lima C PILOT #15 (VDW, Dentsply Indústria e Comércio Ltda, Pirassununga, SP), que resultou no comprimento real de trabalho (CRT) de 20mm no canal palatino, e 19mm no canal vestibular, tendo como ponto de referência a cúspide vestibular para ambos os condutos.

Para realização da penetração desinfetante utilizou-se instrumento reciprocante número R25 (Perfect Medical Instruments Co. Ltda, Shenzhen – China) com irrigação com hipoclorito de sódio a 1% (Asfer Indústria Química Ltda, São Caetano do Sul, SP) entre cada 3 acionamentos do sistema reciprocante (WAK Comércio Exterior Ltda, Campo Belo, SP). Ao final, utilizou-se ENDO-PTC (Biodinâmica Química e Farmacêutica LTDA, Ibiporã, PR) Cone de guta percha R25 (Tanari Industrial Ltda, Boa Vista, RR) foi selecionado, e durante a sua prova, a chegada ao CRT foi confirmada radiograficamente.

Executou-se obturação do conduto radicular com cone de guta percha associado ao cimento endodôntico AH - PLUS (KERR Indústria e Comércio Ltda, São Paulo, SP), seguida de restauração provisória com cimento de ionômero de vidro modificado com resina composta fotopolimerizável (FGM Produtos Odontológicos Ltda, Joinville, SC).

Após uma semana, a paciente retornou para avaliação e constatou-se desaparecimento da fistula, restabelecendo as características de normalidade do tecido gengival, e ausência de sintomatologia na região (Figura 7). Realizou-se restauração definitiva em sua face oclusal com resina composta fotopolimerizável (FGM Produtos Odontológicos Ltda, Joinville, SC), cor A3, seguida de ajuste oclusal.



Figura 1. Presença de fístula na face vestibular do elemento 24.

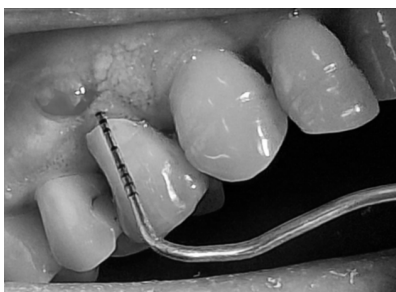


Figura 2. Sonda periodontal milimetrada de Willians determinou profundidade de sondagem caracterizando sulco gengival, sem comunicação com área da fístula.

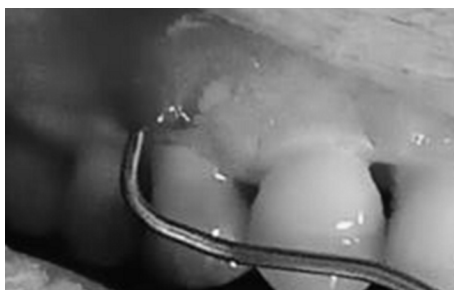


Figura 3. Toda extensão da ponta ativa da sonda periodontal milimetrada de Willians penetrou na fístula.



Figura 4. Teste de vitalidade realizado no terço médio da face vestibular do elemento 24.



Figura 5. Cone de guta percha secundário introduzido na fístula para caracterizar seu trajeto.



Figura 6. Fistulografia sugerindo origem periapical do processo infeccioso, e imagem radiolúcida ao redor do periápice.



Figura 7. Desaparecimento da fístula após 7 dias da execução do tratamento endodôntico.

Discussão

Segundo Santos e Coelho¹, presença de fístula pode ser associada como indicativo de insucesso endodôntico, enquanto, para Carvalho *et al.*³, reflete presença de abscesso periapical crônico, coincidindo com características encontradas no presente relato de caso.

Lemos e Caires¹³ caracterizaram que apesar de ocorrer negligência no preenchimento do prontuário dos pacientes e execução de radiografias, detectaram maior prevalência de lesões periapicais em pacientes do gênero feminino tanto na literatura revisada quanto no resultado de seu estudo, coincidindo com o perfil da paciente do presente caso relatado.

Presença de fístula caracterizou cronificação do abscesso periapical, permitindo sua drenagem, desaparecimento do inchaço tecidual, e ausência de dor pela redução da pressão intratecidual, estas características do presente relato, fez com que a paciente negligenciasse em procurar atendimento odontológico adequado, em concordância com o citado por Ünlü e Altan² e Carvalho *et al.*³.

A fístula pode estar localizada no tecido gengival³, já para Pinho *et al.*⁷, sua presença estava na mucosa alveolar, enquanto, Melo *et al.*⁶ citaram que pode ser encontrada distante do dente envolvido. No presente caso clínico, fístula localizava-se no tecido gengival do dente envolvido.

Para estabelecer diagnóstico diferencial da condição patológica presente observou-se características dos parâmetros clínicos endodônticos e periodontais associados à fistulografia.

Duarte e Lico⁸ evidenciaram que o teste de vitalidade é um parâmetro clínico importante a ser avaliado no diagnóstico diferencial entre o abscesso periapical e periodontal, sendo que o teste de vitalidade negativo é caracterizado no processo endodôntico. No presente relato, esta característica estava presente.

Segundo Kinane *et al.*¹⁴, processos periodontais possuem sua etiopatogenia relacionada com biofilme disbiótico específico subgengival em associação com respostas inflamatória e imunológica do paciente. No presente relato, a paciente apresentava índice de placa compatível com saúde periodontal.

Em processos periodontais, além da presença do fator etiológico local caracterizado pelo índice de placa, Bertolini *et al.*¹¹ citaram presença de perda de inserção resultando no aumento da profundidade de sondagem na região. No presente relato, tanto a característica da profundidade de sondagem de 1mm,

como o nível de inserção existente, não determinaram sua ocorrência.

Terapia endodôntica inicia tratamento de lesões endo-perio sem destruição radicular, independente da classificação aplicada para seu diagnóstico, devendo aguardar cicatrização dos tecidos periapicais para realização do tratamento periodontal⁴. Em concordância, Cunha e Alencar¹⁵ e Travassos *et al.*¹⁶ apontaram importância do diagnóstico adequado para se estabelecer condutas necessárias para tratamento e sua sequência, onde instrumentação periodontal só deve ser realizada na persistência da bolsa periodontal, visando reduzir remoção excessiva de cimento radicular. No presente relato descartou-se diagnóstico de lesão endo-perio, por não haver perda de inserção periodontal associada ao envolvimento endodôntico, sendo necessário apenas tratamento endodôntico.

Carvalho *et al.*³ relataram amplo uso de radiografia periapical para detectar lesões periapicais, porém, indicaram para casos complexos tomografia computadorizada de feixe cônico, por determinar sua extensão e relação com estruturas adjacentes

tridimensionalmente. No presente relato executou-se fistulografia como descrito por Santos e Coelho¹, porém, sem usar anestésico tópico, pois, houve relato apenas de leve desconforto pela paciente quando se alcançou periápice, característica importante para determinar origem da patologia.

Niazi e Bakhsh¹⁷ consideraram importante tratar patologias endodônticas envolvendo a região do periápice para reduzir risco de complicações sistêmicas em pacientes susceptíveis. Semelhanças entre essas patologias e periodontais foram estabelecidas, interferindo no risco para controle glicêmico em pacientes diabéticos, alterações cardíacas e resultados gestacionais adversos.

Pinho *et al.*⁷ sugeriram duas sessões para tratamento endodôntico associados com lesões periapicais, onde após preparo químico cirúrgico do conduto radicular, utilizava-se medicação intracanal e após intervalo de 7 a 15 dias, finalizaria sua modelagem, seguida de obturação. Uso de hipoclorito de sódio e medicação intracanal com hidróxido de cálcio auxiliaria na eliminação de microrganismos remanescentes favorecendo reparo dos tecidos periapicais³. No presente relato, fez-se tratamento endodôntico em sessão única, em concordância com Soares e César¹⁸, enquanto, Gadelha *et al.*¹⁹ relataram que instrumento reciprocante é efetivo na desinfecção por reduzir extrusão de detritos para o periápice, diminuir tempo clínico por usar apenas uma lima para modelagem dos canais radiculares, tornando-os centralizados com conicidade correta para obturação.

Sucesso do tratamento caracteriza-se pela eliminação da fístula e desaparecimento de qualquer desconforto, além do acompanhamento radiográfico demonstrando neoformação óssea na região periapical, reduzindo a lesão existente^{3,13}. No presente relato, observou-se características de desaparecimento da fístula, e da sintomatologia após 7 dias da realização do tratamento endodôntico, em concordância com relatado por Pinho *et al.*⁷ e Lima *et al.*⁹.

Conclusão

Diagnóstico diferencial entre processos periodontais e endodônticos estabelece tratamento adequado e solução do quadro. Deve-se observar índice de placa, fatores para sua retenção, sangramento gengival relacionado ao agente etiológico, nível de inserção clínico periodontal, e profundidade de sondagem, ocorrência de dor, tumefação, teste de vitalidade e características do elemento dental. Na presença de fístula, observar sua relação com a profundidade de sondagem, teste de vitalidade e determinar seu trajeto auxilia no diagnóstico diferencial. Casos associados com envolvimento endodôntico com fístula caracteriza via de drenagem do abscesso periapical crônico, e seu desaparecimento ocorre após execução de tratamento endodôntico adequado.

Referências

1. Santos TR, Coelho JA. Retratamento endodôntico não cirúrgico com presença de fístula ativa: relato de caso clínico. *Rev Cient Unilago*. 2023;1(1). [acesso 15 dez 2025]. Disponível em: <https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revistacientifica/article/view/1055>.
2. Ünlü NA, Altan H. The misdiagnosis and consequences of the odontogenic orocutaneous fistula by medical doctors: a case report. *J Pediatr Res*. 2021;8(4):498-501. doi: 10.4274/jpr.galenos.2020.80488.
3. Carvalho MJN, Silva AA, Silva BBFF, Lima DK, Ferreira GLS, Silva IJ, et al. Abscesso periapical associado a fístula intraoral: diagnóstico e abordagem terapêutica endodôntica - revisão de literatura. *RevistaFT*. 2025;29(143). doi: 10.69849/revistaft/cl10202502261438.
4. Bertolini PFR, Biondi Filho O, Vitarelli VF, Monteiro FHL, Souza RS, Giovani EM, et al. Lesões endo-perio: classificação, diagnóstico, tratamento e prognóstico. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2025;25(9): e21499. doi: <https://doi.org/10.25248/REAS.e21499>. 2025.
5. Gonçalves FNR, Bezerra MS, Brito EHS, Araújo RB, Lopes MCMS, Freitas IB; Tratamento endodôntico em um dente com fístula: relato de caso. *Rev Centro Pesq Avanç Qual Vida*. 2024; 16(1):2. doi:10.36692/V16N1-47.
6. Melo SL, Silva TT, Lima SS, Salomão MB. Tratamento endodôntico com presença de fístula - Revisão de literatura. *Rev Cath*. 2022;4(1):71-84.
7. Pinho ICM, Almeida GP, Xavier LPS, Alencar LA, Melo HCPG, Fernandes YF, et al. Abscesso periapical crônico: relato de caso. *Revista em Saúde*. 2021;2(1):1-8. [acesso 21 dez 2025]. Disponível em: <https://anais.unievangelica.edu.br/index.php/saudefaceg/article/view/6800>.
8. Duarte CA, Lico DA. Diagnóstico diferencial e tratamento dos abscessos periodontal e periapical agudo. *ROBRAC*. 1992;2(1):15-7. doi: 10.36065/robrac.v2i2.10.
9. Lima DSS, Santos JVL, Oliveira JRB. Uma abordagem da cirurgia parodontal e apicectomia como uma opção ao insucesso do tratamento endodôntico convencional. *Res Soc Dev*. 2023;12(12):e58121243930. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i12.43930>.
10. Rodrigues JEM, Cangussu IS, Figueiredo NF. Abscesso periapical versus periodontal: diagnóstico diferencial - revisão de literatura. *Arq Bras Odontol*. 2015;11(1):5-9.
11. Bertolini PFR, Biondi Filho O, Silva JBP, Galli IP, Giovani EM. Diagnóstico e tratamento de hiperplasia fibroepitelial em paciente diabético com periodontite: relato de caso. *J Health Sci Inst*. 2024;42(3):196-200.
12. Nogueira GS, Attux BS, Cassiano LPS, Lustosa-Pereira A. A importância do criterioso exame clínico e radiográfico no diagnóstico diferencial das lesões endoperiodontais e lesões endodônticas: relato de caso. *Braz J Surg Clin Res*. 2023;41(1):54-8.
13. Lemos GCS, Caires NCM. Estudo da prevalência de lesões periapicais em pacientes submetidos ao tratamento endodôntico na clínica odontológica de uma faculdade particular no Estado do Amazonas. *Rev Uningá*. 2019;56(s7):141-55. doi: 10.46311/2318-0579.56.eUJ3172.
14. Kinane DF, Stathopoulou PG, Papapanou PN. Periodontal disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17038. doi:10.1038/nrdp.2017.38.
15. Cunha AA, Alencar IP. Periodontite apical: a importância do diagnóstico e classificação frente à rotina clínica. *RevistaFT*. 2024;28(131). doi: 10.5281/zenodo.10629671.
16. Travassos RMC, Almeida AC, Albuquerque DS, Pereira MAL, Rangel LS, Silva MCFC, et al. Lesão endodôntica primária sumulando uma lesão endo-perio. *Lumen et Virtus*. 2024; doi: 10.56238/levv15n38-022.
17. Niazi AS, Bakhsh A. Association between endodontic infection, its treatment and systemic health: a narrative review. *Medicina*. 2022;58:931. <https://doi.org/10.3390/medicina58070931>.
18. Soares JA, César CAS. Avaliação clínica e radiográfica do tratamento endodôntico em sessão única de dentes com lesões periapicais crônicas. *Pesqui Odontol Bras*. 2001;15(2): doi: 10.1590/s1517-74912001000200010.
19. Gadelha JMM, Pessoa KD, Fonseca TS, Feitosa IC. Tratamento endodôntico em dentes posteriores: sistema de rotação contínua e recíprocante. *Braz J Health Rev*. 2024;7(3):1-13. doi: 10.34119/bjhrv7n3-172.

Endereço para correspondência:

Prof.^a Dr.^a Patrícia Fernanda Roesler Bertolini
Rua América, 615
Araras – SP, CEP 13600-100
Brasil

E-mail: patricia.bertolini@docente.unip.br

Recebido em 06 de agosto de 2025
Aceito em 24 de setembro de 2025