

FACULDADE DE SETE LAGOAS - FACSETE

BIANCA BRITO MACHADO

ABSCESSO NASAL DE ORIGEM DENTÁRIA: UM RELATO DE CASO

**SÃO LUÍS
2020**

BIANCA BRITO MACHADO

ABSCCESSO NASAL DE ORIGEM DENTÁRIA: UM RELATO DE CASO

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE. Como requisito parcial para a conclusão do Curso de Endodontia.

Orientador: Prof Dr Tarcísio Jorge Leitão

SÃO LUÍS
2020

Monografia intitulada “Abscesso Nasal de Origem Dentária: um relato de caso” de autoria da aluna Bianca Brito Machado, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovada em 24 / 06 / 2020 pela banca constituída dos seguintes professores:



Prof. Dr. Tarcísio Jorge Leitão de Oliveira
Orientador



Prof.ª Dra. Érica Martins Valois
1º Examinador



Isabelle Arrivabene dos Santos
2º Examinador

São Luís 24 de Junho de 2020.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50 – 35.700-170 _ Set Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

ARTIGO ORIGINAL

ABSCCESSO NASAL DE ORIGEM DENTÁRIA: UM RELATO DE CASO

Nasal Abscess of Dental Origin: a case report

Bianca Brito Machado¹

Tarcísio Jorge Leitão de Oliveira²

¹ Especialização em Endodontia, Instituto Pós-saúde, São Luís, MA, Brasil.

² Departamento de Odontologia II, Curso de Odontologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

Autor Correspondente: Tarcísio Jorge Leitão de Oliveira

Curso de Odontologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Av. dos Portugueses s/n, Campus Universitário Dom Delgado

Bacanga – São Luís – Maranhão, Brasil.

CEP: 65085-580

Email: tarcisiojorge@hotmail.com

Tel: +55 (98) 98328 0170

Especialidade do artigo: Endodontia

RESUMO

Os abscessos periapicais se caracterizam pela presença de secreção purulenta localizada nas adjacências do ápice radicular de um dente necrosado e no osso alveolar. Possuem uma natureza evolutiva, e faz com que o paciente vivencie sensações dolorosas assim como alterações faciais e/ou sistêmicas. As situações de evolução de um abscesso em dentes anteriores para a fossa nasal são raros, mas devido a proximidade e a baixa densidade entre os tecidos dos ápices dos incisivos superiores e do tecido subcutâneo da base do nariz pode acontecer essa evolução. Com isso esse trabalho tem como objetivo relatar um caso de abscesso nasal, com origem periapical.

Palavras-chaves: abscesso periapical agudo, abscesso nasal, tratamento endodôntico, necrose pulpar, drenagem.

ABSTRACT

Periapical abscesses are characterized by the presence of purulent secretion located in the vicinity of the root system of a necrotic tooth without an alveolar bone. Have an evolutionary nature, and make the patient experience painful sensations, such as facial and / or systemic changes. As situations of evolution from an abscess in the anterior teeth to the nasal cavity are rare, but due to a low and low density between the tissues of the upper incisor devices and the subcutaneous tissue at the base of the nose, this evolution can occur. This work aims to report a case of nasal abscess, with periapical origin.

Keywords: acute periapical abscess, nasal abscess, endodontic treatment, pulp necrosis, drainage.

1 INTRODUÇÃO

O aglomerado de células inflamatórias agudas no ápice de um dente necrosado é qualificado como um abscesso periapical. Essas lesões periapicais agudas ocorrem devido a uma infecção do canal radicular, caracterizando-se pela presença de exsudato purulento inflamatório em tecidos perirradiculares e adjacentes. Esse exsudato pode se instalar de forma intra ou extra bucal, e em alguns casos clínicos, ocorre a necessidade de uma drenagem cirúrgica, a fim de melhorar o quadro do paciente (Neville et al., 2008).

Por possuir uma natureza evolutiva, ela faz com que o paciente vivencie sensações dolorosas assim como alterações faciais e/ou sistêmicas. A proporção da infecção pode estar relacionada com a soma e a virulência dos micro-organismos, resistência do hospedeiro e as estruturas anatômicas associadas. É por esse motivo o profissional necessita dispor de diversas abordagens no tratamento dessas alterações (Vier-Pelisser *et.al*, 2008).

Pode se estender além dos limites do alvéolo dental, se disseminando através de osso e tecido mole em áreas adjacentes, como: espaço submandibular, massetérico, infra-orbitário, bucal, e raramente no nariz, podendo causar sérios prejuízos ao paciente (Garcia *et. al*, 2014) .

As situações de evolução de um abscesso em dentes anteriores para a fossa nasal são raros, mas devido a proximidade e a baixa densidade entre os tecidos dos ápices dos incisivos superiores e do tecido subcutâneo da base do nariz pode acontecer essa evolução. O assoalho da fossa nasal é composto por tecido osseo, cartilagem e tecido conjuntivo pouco denso, todos ricos em suprimento sanguíneo, e como as infecções tendem a seguir o caminho de

menor resistencia pode acontecer de lesões no processo alveolar dos dentes anteriores desenvolver para a fossa nasal (Fowler *et al*, 2000). Assim sendo é de difícil diagnóstico, já que na maioria dos casos não é considerado uma origem dental para lesões nasais (Brickman *et.al*, 1988).

Com isso esse trabalho tem como objetivo relatar um caso de abscesso nasal, com origem periapical.

2 RELATO DO CASO

Paciente L. da C. S, melanoderma do sexo feminino, com 40 ano de idade, compareceu a clínica do curso de especialização em endodontia do Instituto Pós-Saúde, cidade de São Luís, com queixa principal: “Nasceu uma bolha no meu nariz, por causa de uma dor de dente e estou com dificuldade de respirar”.

Na anamnese constatou-se que a paciente já havia buscado atendimento de emergência hospitalar por pelo menos duas vezes, relatando grande edema na região nasal, febre e dor. Diante de uma indeterminação no diagnóstico foi aconselhada a buscar profissionais como otorrinolaringologista e um cirurgião dentista. No exame extra oral observou-se um crescimento incomum na região nasal. Quando realizado o exame intra oral foi constatado que o dente 11 estava com alteração de cor e uma pequena fratura no ângulo

incisal mesial, o dente 21 apresentava lesão cariosa por mesial, e a presença de uma fistula próxima ao freio labial (Figura 1).

Realizou-se os testes térmicos para avaliar a vitalidade dos dentes, em ambos o resultado foi negativo. O teste de percussão vertical também obteve resultado negativo em ambos os dentes, já a percussão vertical atingiu resultado positivo. Durante a palpação apical não foi relatado nenhum desconforto pela paciente. Na avaliação radiográfica notou-se a presença de uma lesão periapical (Figura 2). Com esses resultados obtivemos o diagnóstico de necrose pulpar nos dois dentes avaliados. E como plano de tratamento para ambos os dentes foi priorizado o tratamento endodôntico.

Após o diagnóstico foi realizada anestesia através da técnica infiltrativa com cloridrato de mepivacaina a 2 % e epinefrina 1:100.000 (Mepiadre® DFL, Rio de Janeiro, Brasil) em fundo de vestibulo na região dos dois incisivos centrais superiores. Isolamento absoluto e remoção de todo o tecido cariado com exposição da câmara pulpar. Após isto, foi realizado a neutralização dos canais, com lima da série especial #10 (Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça), avançando de forma vagarosa 1 mm e irrigando abundantemente com Hipoclorito de Sódio a 2,5% (NaClO); odontometria com auxílio de localizador foraminal (FinePex, Schuster, São Paulo, Brasil) e confirmação radiográfica.

Diante do quadro clínico da paciente decidiu-se executar a técnica de patência, com intenção que a drenagem da secreção se desse através dos canais intraradiculares, entretanto não se obteve sucesso, pondo em dúvida se a lesão nasal realmente era de origem dental. A medição de escolha para essa

primeira sessão foi tricresol (Tricresol Formalina, Maquira, Maringá, Brasil), selamento coronário com bolinha de algodão estéril e material restaurador provisório.

Em seguida foi realizado uma punção via nariz para retirada do acúmulo de secreção e drenagem do abscesso (Figura 3). E prescrita medicação amoxicilina (875mg) com clavulato de potássio (125mg).

Paciente retornou dois dias depois para uma segunda sessão, onde observou-se uma melhora no quadro da paciente. Em seguida, anestesia local (Cloridrato de Mepivacaina 2% com epinefrina 1:100.000, Mepiadre®, DFL, Rio de Janeiro, Brasil), isolamento absoluto, remoção da restauração provisória (Maquira, Maringá, Brasil), foi feita a instrumentação manual com limas do tipo K-file (Dentsply Sirona, Ballaigues, Suíça) de 1ª e 2ª série (35, 40, 45, 50 no dente 21 e 45, 50, 55, 60 no dente 11). No intervalo entre uma lima e outra era praticada irrigação, aspiração e inundação do canal com Hipoclorito de sódio 2% com seringa Ultradent (Ultradent Products, South Jourdan, UT) e pontas de irrigação Ultradent endo-eze. Imediatamente após a instrumentação foi realizada a secagem do canal radicular com cone de papel absorvente estéril e a medicação de demora utilizada Calen (Calen, SS White, Juiz de Fora, Brasil), selamento coronário com bolinha de algodão e material restaurador provisório (Maquira, Maringá, Brasil).

O retorno para a terceira sessão, deu-se 34 dias após a segunda sessão, paciente expunha uma melhora satisfatória no quadro clínico e ausência total de sintomatologia. Decidiu-se então realizar a obturação dos canais radiculares. Para isso foi removida toda a medicação com auxílio de NaClO, em

seguida foi efetuado a lavagem dos canais com EDTA por 5 minutos, secagem dos canais com cones de papel absorvente e a obturação com cone de guta percha (Dentsply, Mallaifer Ballaigues, Suíça) e cimento endodôntico (Sealapex®, Kerr, Joinville, Brasil). A técnica de obturação utilizada foi condensação lateral com espaçadores digitais (Dentsply, Malleifer Ballaigues, Suíça) e cones acessórios. Retirado o excesso da obturação com calcadores de Paiva, foi realizado a tomada radiográfica para comprovação da qualidade da obturação. Ao final foi selado os dentes em questão com Ionômero de Vidro e a paciente encaminhada para realizar a restauração final dos elementos (Figura 5).



Figura 1. Aspecto clínico intra e extra oral, na consulta inicial.



Figura 2. Radiografia periapical expondo situação dos incisivos centrais superiores após primeira sessão do tratamento.

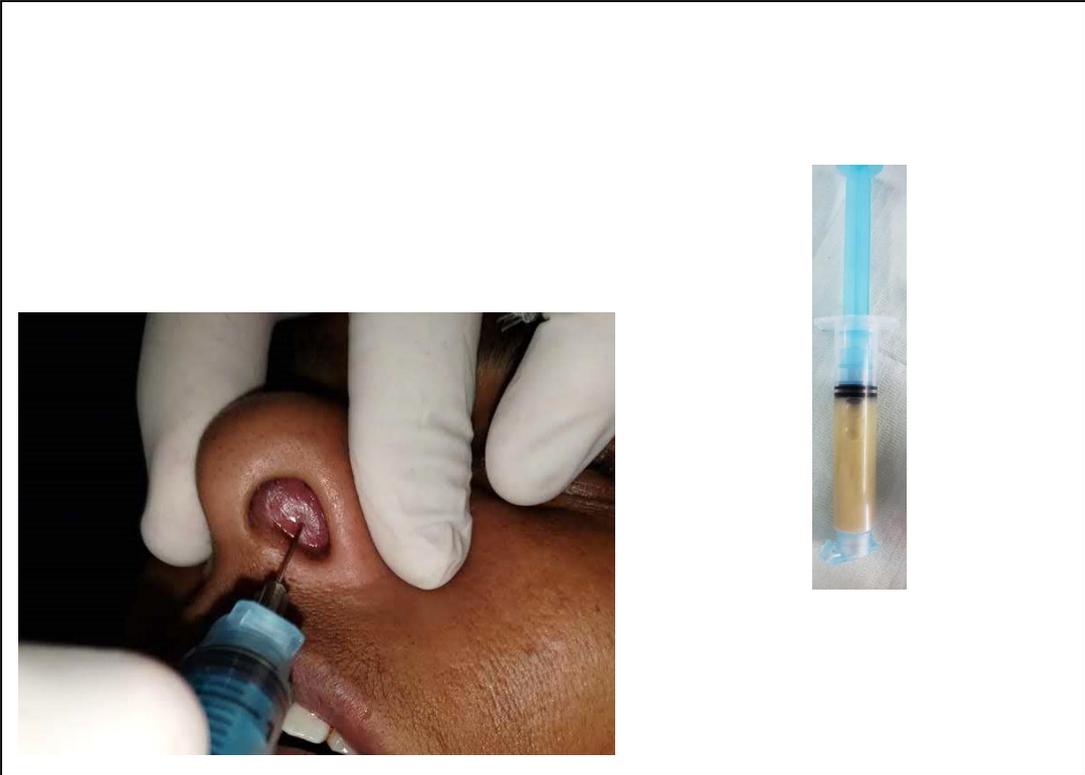


Figura 3. Punção aspirativa para remoção de secreção purulenta localizada na cavidade nasal.



Figura 4. Radiografia após tratamento endodôntico finalizado.

3 DISCUSSÃO

Os abscessos periapicais se caracterizam pela presença de secreção purulenta localizada nas adjacências do ápice radicular de um dente necrosado e no osso alveolar. Geralmente a etiologia dessa patologia está associada a invasão bacteriana no tecido pulpar, mas também pode estar relacionada a traumas ou irritações químicas e mecânica (KIRCHHOFF et al., 2013). Por possuírem diversas características clínicas que varia desde uma sensibilidade

até a dor intensa e latejante, observa-se assim que o diagnóstico minucioso é relevante para a aplicação de medicações locais e sistêmicas corretas para erradicar essa infecção (RODRIGUES et al., 2015).

O exame radiográfico é relevante no diagnóstico dessa alteração periapical, e deve ser um dos primeiros exames a ser realizado. É necessário analisar a localização e extensão da lesão e de perda óssea se existente, avaliar presença e profundidades de restaurações e a possível presença de um tratamento endodôntico pré-existente. O exame térmico de vitalidade pulpar também auxilia nesse diagnóstico, visto que em abscesso periapical a resposta é sempre negativa (SILVÉRIO, 2002). No caso relatado as tomadas radiográficas demonstraram a presença de uma lesão periapical em um dos elementos dentais tratados e o teste térmico realizado obteve-se o resultado negativo.

O tratamento desse paciente deve ser em caráter de urgência, sempre na intenção de controle da infecção e drenagem da secreção purulenta. A terapia endodôntica é considerada o tratamento primeira escolha bastante eficaz, já que em grande parte dos casos a drenagem da secreção ocorre via canal. Caso isso não ocorra uma alternativa para drenar essa secreção pode se dar através de uma incisão, que foi o caso relatado aqui. Por vezes é necessário o uso da antibioticoterapia como coadjuvante no tratamento dessas infecções, visto que há indícios que os antibióticos não são capazes de banir os microrganismos presentes nos sistemas de canais por não haver circulação sanguínea na polpa necrótica (SIQUEIRA, 2002), mas quando o abscesso está

associado a indicadores de envolvimento sistêmico, o uso de antibióticos é mais indicado (OLIVEIRA et al., 2010).

Outro fator importante para o sucesso do tratamento de abscessos periapicais crônicos é o uso de medicação intracanal, já que o preparo mecânico pode não alcançar todos os sistemas de canais laterais e acessórios. O tricresol formalina é uma excelente escolha como medicação rápida nos casos de abscesso periapical, por possuir ação germicida, neutralizadora e de fixação celular. Principalmente em casos de polpa necrosada onde não se realizou a completa instrumentação do canal radicular (GARCIA et al., 2014). Já o hidróxido de cálcio é bastante utilizado como curativo de demora devido sua ação antibacteriana, pela sua capacidade de associação com diversos veículos, por servir também como barreira física e por suas características anti-inflamatórias (CARVALHO et al., 2012). Diante do quadro apresentado pela paciente e pelas propriedades do material, o hidróxido de cálcio foi selecionado como medicação intracanal de demora.

Devido as estruturas da cavidade nasal ser pouco densa, e da tendência natural das infecções em progredir no sentido de menos resistência, pode ocorrer uma ligação entre processo alveolar dos dentes anteriores com as fossas nasais, isso se dá pela proximidade das duas estruturas anatômicas. No caso do abscesso evoluir para cavidade nasal, o paciente pode sentir dificuldade respiratória, além de outros sintomas sistêmicos, o que pode dificultar o diagnóstico se o elemento dental se manter assintomático (Brickman *et.al*, 1988). No caso exposto foi observado que houve queixa somente sobre o edema que

se manifestou na cavidade nasal, enquanto os elementos dentais se mantinham assintomáticos.

4 CONCLUSÃO

Com base na literatura analisada e com a experiência do caso relatado podemos constatar que os abscessos nasais são bastantes raros e de difícil diagnóstico, já que o paciente pode apresentar sintomatologia sistêmica e não local. E que o tratamento endodôntico é um método eficaz na redução da microbiota e limpeza dos canais radiculares levando a um excelente resultado final e um prognóstico promissor.

REFERÊNCIAS

- BRICKMAN, J. H.; KUCHMAS, J.; SKIRIBNER, J.E.; Nasal-apical communication associated with a pulpless tooth. **Journal of Endodontic**. v. 14, n. 2, p. 98-100, 1988.
- CARVALHO, M.G.P.; DOTTO, S. R.; BRONDANI, G. C.; FILTER, V. P.; KIST, P. P.; Reparo de uma lesão periapical: relato de caso. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensaio On line**. v. 9, n. 15, 2012.
- FOWLER, E. B.; BREault, L. G.; GALVAN, D. A.; Nasal fistula associated with dental infection: a report of a case. **Journal of Endodontic**. v. 26, n. 6, p. 374-376, 2000.
- GARCIA, N. A.; SANTOS, A. A. B.; ÂNGELO, A. R.; VELOSO, H. H. P.; FERREIRA, G. S.; QUEIROGA, A. S.; Medicamentos intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões – dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. **Arq. Odontol**. v. 50, n. 1, p. 13-19, 2014.
- KIRCHHOFF, A. L.; VIAPIANA, R.; RIBEIRO, R. G.; Repercussão periapical em dentes com necrose pulpar. **Rev. Gaúcha Odontol**. v. 61, n. 0, p. 469-475, 2013.
- NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M.; BOUQUOT, J. E.; Patologia oral & maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: **Guanabara Koogan**, 2008.
- OLIVEIRA, J. C. M.; DIAS, L. A.; UZEDA, M.; Antibióticos sistêmicos em endodontia: novo conceitos. **RBO**. v. 67, n. 2, p. 247-254, 2010.
- RODRIGUES, J. E. M.; CANGUSSU, I. S.; FIGUEIREDO, N. F.; Abscesso periapical *versus* periodontal: diagnóstico diferencial – revisão de literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**. v. 11, n. 1, p. 5-9, 2015.
- SIQUEIRA, S. R. D. J.; SIQUEIRA, J. T. T.; Infecções odontogênicas agudas: discussão de casos. **BCI**. v. 9, n. 33, p. 16-20, 2002.
- SILVÉRIO, K. G.; REGO, R. O. C. C.; TOLEDO, B. E. C.; Diagnóstico diferencial entre abscesso endodôntico e periodontal. **JBE**. v. 3, n. 10, p. 251-254, 2002.
- VIER-PELISSER, F. V.; GARBIN, R. P.; SÓ, M. V. R.; MARCA, C.; PELISSER, A.; Medicamentos intracanal e sistêmica preconizadas nas faculdades de odontologia brasileira para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo. **Rev. OdontoCiência**. v. 50, n. 1, p.13-19, 2014.