

FACULDADE SETE LAGOAS

ANA CAMILA DE OLIVEIRA

ABCESSO PERIAPICAL AGUDO: COMO TRATAR?

OSASCO

2018

ANA CAMILA DE OLIVEIRA

ABCESSO PERIAPICAL AGUDO: COMO TRATAR?

Monografia apresentada ao Curso de Especialização da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Área de concentração: Endodontia

Orientador: Ms. Alessandra Gambini

OSASCO
2018

OLIVEIRA, ANA CAMILA DE

Abcesso periapical agudo: como tratar? - 2018.

21 f.

Orientador: Prof^a Ms. Alessandra Gambini

Monografia (especialização) – Faculdade Sete Lagoas, 2018.

1. Abcesso periapical 2. Abcesso periapical
agudo

I.Título. II. Alessandra Gambini

FACULDADE DE SETE LAGOAS

Monografia Intitulada “**Abcesso periapical agudo: como tratar?**” de autoria da aluna Ana Camila de Oliveira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Ms. Alessandra Gambini – ABO Regional Osasco - Orientador

Profa. Ms. Sandra Soares Kühne Busquim – ABO Regional Osasco – Examinador

Prof. Dr. Marcelo dos Santos – ABO Regional Osasco - Examinador

Osasco, 05 de abril de 2018.

DEDICATÓRIA

Aos Professores da Disciplina de Endodontia da Especialização da ABO OSASCO pela paciência, amorosidade e acima de tudo pela fé que tiveram em mim durante toda a trajetória.

Aos colegas do Curso de Especialização em Endodontia, pela amizade e companheirismo. Mesmo que de longe sempre levarei vocês comigo.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, primeiramente. Pois sem ele nada disso seria possível.

Ao professor Marcelo dos Santos, que me orientou a esse caminho, sem ele não teria iniciado esse grande feito em minha vida.

A minha orientadora Alessandra Gambini, pela paciência e por toda experiência que conseguiu me passar.

***“Sei que meu trabalho é uma gota d’água no oceano,
mas sem ele, o oceano seria menor.”***

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Atualmente, na odontologia, situações de urgência encontram-se em grande quantidade na rotina de trabalho dos cirurgiões dentistas. As infecções odontogênicas chegam a ser 84,3% sendo a principal causada infecção maxilo facial. O erro de diagnóstico parece ser a causa mais significativa na determinação da conduta correta. A abordagem dos abscessos periapicais agudos recebidos em consultório é o que define o curso da infecção. Já sabemos que uma baixa na resistência imunológica do hospedeiro, concomitante ao aumento do número e virulência dos microrganismos é o que denota a intensidade do processo infeccioso. O tratamento das infecções orofaciais de origem endodôntica consiste na eliminação da origem da contaminação através da terapia endodôntica, com ou sem a drenagem cirúrgica da coleção purulenta, e muitas vezes com terapêutica medicamentosa. As infecções agudas dentais têm grande importância, tanto por sua alta casuística, como pelo risco de complicações, embora pouco frequentes, podem levar o paciente ao óbito. Portanto, o objetivo deste trabalho foi realizar um levantamento científico dos últimos 20 anos, de como eram e como são feitas atualmente essa abordagem e tratamento realizado pelo cirurgião dentista em âmbito ambulatorial por meio de revisão sistemática.

Palavras-chave: Abscesso periapical. Abordagem terapêutica em abscessos periapicais agudos. Terapêutica medicamentosa em abscessos periapicais agudos. Urgência odontológica.

ABSTRACT

Currently, in dentistry, urgency situations are largely in the work routine of surgeons dentists, odontogenic infections become 84.3% being the main cause of infection maxillofacial reported in a study conducted in a hospital of San Paulo. The diagnostic error seems to be the most significant cause in determining the correct conduct. The approach of acute periapical abscesses received in the office is what defines the course of infection. We already know that the host's low organic resistance, concomitant to the increase in the number and virulence of the micro-organisms, is what denotes the intensity of the inflammatory process. The treatment of orofacial infections of endodontic origin consists in the elimination of the origin of contamination through endodontic therapy, the surgical drainage of the purulent collection, and often with therapeutic medication. However the objective of this work was to carry out a scientific survey of the last 20 years, of how this approach and treatment is made through systematic revision. Acute Buco-maxillofacial-facial infections have Great importance, both by its high case and by the risk of complications, although not frequent, can lead the patient to death. Therefore, the objective of this work was to carry out a scientific survey of the last 20 years, of how they were and are currently done this approach and treatment performed by the dental surgeon in an outpatient environment through a systematic review.

Keywords: Periapical abscess. Therapeutic approach in acute periapical. Therapeutic medication in acute periapical. Urgency dental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 PROPOSIÇÃO	9
3 REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 FATORES ETIOLÓGICOS	10
3.2 PREVALÊNCIA	11
3.3 CONDUTA CLÍNICA LOCAL	12
3.4 MEDICAÇÃO SISTÊMICA	13
3.5 MEDICAÇÃO INTRACANAL	14
4 DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
5 CONCLUSÕES	18
REFERENCIAS	19

1- INTRODUÇÃO

A urgência endodôntica é uma situação que está relacionada com casos de dor causada tanto por quadros inflamatórios quanto infecciosos ou trauma, que requer diagnóstico e tratamento imediato. Na maior parte das situações de urgência, a intervenção endodôntica torna-se imprescindível para o alívio dos sintomas. O atendimento de urgência em endodontia, mesmo que inesperado, deve ter como base a realização de um bom diagnóstico fundamentado em exame clínico detalhado com auxílio de exames complementares como radiografias e anamneses minuciosas sobre as condições sistêmicas do paciente. Os fatores etiológicos responsáveis pelo aparecimento dos abscessos periapicais estão diretamente envolvidos com microrganismos existentes na microbiota oral, que, pela evolução da cárie ou outras vias de acessos, resultaram na necrose pulpar, que posteriormente evolui para periodontite apical ou para o abscesso periapical. Outras manobras durante o preparo do canal radicular de dentes com necrose pulpar podem introduzir microrganismos nesta região, aumentando o número e virulência dos microorganismos, facilitando as interações microbianas e debilidade na resistência orgânica, atos esses considerados iatrogênicos.

Bactérias essas que migram do canal radicular infectado e invadem os tecidos perirradiculares para estabelecer uma infecção extrarradicular e evocar inflamações purulentas. Clinicamente, a doença leva a dor e /ou inchaço, e tem o potencial de se difundir para seios da face e outros espaços da cabeça e pescoço, o que devemos evitar desde o primeiro contato com o paciente.

Podemos contar também com o auxílio da terapêutica medicamentosa em alguns casos, onde os procedimentos clínicos por si só não conseguem realizar a drenagem ou melhora do caso.

A microbiota envolvida é mista e dominada por bactérias anaeróbicas em comparação a casos crônicos (Siqueira; Rôças, 2004; Sakamoto et al., 2006). É necessário embasamento teórico e científico para que haja a melhor escolha dos medicamentos para a resolução do quadro sistêmico e local.

A abordagem clínica frente a um caso de urgência odontológica com a presença de um abscesso periapical agudo é de extrema importância e deve ser realizada minuciosamente, pois a mesma irá definir a trajetória de evolução da doença, podendo ocorrer o sucesso e diminuição dos sinais e sintomas e a resolução do quadro de infecção ou falha na sua resolução e conseqüentemente danos a saúde e até risco de morte ao paciente, casos esses que acabam sendo finalizados ou realizados em âmbito hospitalar.

Devemos estar cientes das nossas áreas de atuação, embasamento científico e experiência clinicam para atuar em tais situações.

De acordo com a literatura existem diversas formas de realizar este atendimento ao paciente e relatos descritos demonstram que ao decorrer dos anos houve uma grande evolução quanto as opções medicamentosas, atendimentos de urgência e manuseio do caso até a total resolução do mesmo.

2- PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve por objetivo, valendo-se da importância da correta abordagem terapêutica diante dos casos de urgências odontogênicas envolvendo abscessos periapicais agudos, avaliar diante de levantamento científico as diferentes formas de tratamentos propostos pelos autores e como são eleitos e realizados pelos cirurgiões dentistas rotineiramente assim como sua eficácia e sucesso da resolução do caso.

3- REVISÃO DE LITERATURA

O abscesso periapical agudo é uma resposta inflamatória dos tecidos periapicais frente a uma agressão microbiológica, com uma microbiota muito diversificada causada por cárie ou trauma dental. Caracteriza-se por pronunciado edema dos tecidos moles, mobilidade, extrusão dental e dor espontânea de alta intensidade, contínua e localizada.

Uma vez que a infecção se difunde além do alvéolo dental, pode tornar-se restrita ao ápice ou continuar a se difundir através do osso e tecidos moles.

Se não tratado a tempo, pode alcançar a circulação sanguínea, resultando em complicações sistêmicas como febre, linfadenopatia, mal-estar e até septicemia.

3.1 FATORES ETIOLÓGICOS

No estudo de Siqueira e Rôças (2009) para avaliar a microbiota nos abscessos periapicais agudos utilizou 42 pacientes analisados quanto à presença de 81 espécies de bactérias concluindo que os achados do presente estudo não só fortalecem a associação de várias espécies cultiváveis com abscessos, mas também ajudam a incluir várias espécies recentemente mencionadas ainda não cultivadas.

Enquanto que no trabalho de Siqueira e Rôças (2013) para demonstrar a microbiologia e tratamento de abscessos apical agudos, realizando levantamento científico com o objetivo de demonstrar as evidências atuais sobre a etiologia e tratamento de abscessos apicais agudos concluiu que condições sistêmicas podem predispor a exacerbações, abscessos e complicações.

George et al. (2016) foram mais além, identificando e comparado a microbiota oral de 18 pacientes da região de Portland, Oregon apresentando abscessos apicais agudos com o objetivo de haver relações entre a microbiota presente em abscessos e

a cavidade oral das pessoas dessa concluindo que o estudo demonstrou relação dos casos com a região estudada.

3.2 PREVALÊNCIA

Na monografia de Estrela et al. (2008) para demonstrar a conduta clínica e terapêutica de abscessos periapicais agudos, lançou mão de levantamento bibliográfico e concluiu que o diagnóstico de um abscesso periapical agudo deve ser cuidadosamente realizado, a tentativa de drenagem deve ser primariamente realizada com posterior manejo do dente afetado.

No estudo de Jardim et al. (2011) relatando um caso de infecções odontogênicas, através de caso clínico de extenso abscesso odontogênico em paciente de 31 anos de idade concluiu que o diagnóstico correto das infecções odontogênicas é imprescindível para o estabelecimento da terapia o quanto mais rápido possível, evitando desta forma maiores complicações para o paciente.

No presente estudo de Estrela et al. (2011) utilizando uma amostra consecutiva de 1.765 pacientes, para avaliar fatores diagnósticos e clínicos associados com dor pulpar e periapical concluiu que o diagnóstico endodôntico de dor de origem pulpar mais frequente foi pulpite sintomática (28,3%) seguido por pulpalgia hiper-reativa (14,4%), e o mais frequente de dor de origem periapical foi periodontite apical sintomática infecciosa (26,4%).

No trabalho de Bezerra et al. (2015) realizando uma revisão de literatura, para avaliar principais patologias orofaciais no serviço de urgência, concluiu que vários protocolos clínicos existem, para ser executados de atendimento e provavelmente o encaminhamento do paciente para outros profissionais.

Rodrigues, Cangussu e Figueiredo (2015) através de revisão de literatura científica para estabelecer um diagnóstico correto e seguro dos processos de

abscessos periapicais agudos e abscessos periodontais, concluiu que devido às semelhanças de características, os sinais clínicos e os resultados dos testes de vitalidade nem sempre são critérios de diagnóstico efetivos, podendo apresentar resultados não confiáveis.

3.3 CONDUTA CLÍNICA LOCAL

Há algumas décadas, a referência bibliográfica presente indicava deixar o elemento aberto com uma mecha de algodão frouxa colocada na câmara pulpar, em casos que a drenagem do abscesso via canal não parasse segundo De Deus (1976) para que não houvesse uma piora do caso ao dificultar a drenagem vedando o elemento.

Já no estudo de Duarte e Lico (1992) preconiza-se que haja a abertura do canal, sua limpeza química mecânica, e alívio oclusal para que não haja injúrias posteriores devido ao trauma.

Um estudo realizado por Torres et al. (1994) para verificar a presença de imunoglobulina A nas lesões de origem endodôntica, utilizando de um estudo dos fluidos de 33 dentes, concluiu que esta imunoglobulina está presente em fluidos corporais e fornece a defesa primária contra infecções locais. A função da secreção de IgA nas secreções pode não ser destruir antígenos, mas sim impedir o acesso dos mesmos. Porém, não foi possível identificar relação entre a cavidade aberta ou fechada.

Segundo Weine (1998) segue o protocolo de selar o dente, porém quando a consulta poderá se estender muito é necessário aguardar o término da drenagem do exsudado quando a drenagem não cessa rápido, o dente é deixado aberto.

Berger (2002), diz que o selamento coronário poderá agravar o quadro doloroso, devido ao possível trauma oclusal.

3.4 MEDICAÇÃO SISTÊMICA

Segundo Baumgartner e Xia (2003) demonstrando a susceptibilidade das bactérias frente antibióticos, utilizou amostras de bactérias aspiradas e isoladas provenientes da endodontia, verificando que o metronidazol teve a maior resistência bacteriana.

Para Matthews, Sutherland e Basrani (2003) em sua revisão sistemática de literatura que utilizou bases de dados eletrônicas, relataram que há algumas evidências para apoiar o estabelecimento de drenagem para aliviar a dor e o inchaço e que quando há drenagem não é necessário realizar prescrição antibiótica.

Porém, segundo Tortamano et al. (2008) em seu estudo antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos, por meio de revisão de literatura concluiu que sempre deve procurar fazer a drenagem através do conduto radicular ou incisão, pois os antibióticos são considerados coadjuvantes.

No trabalho de Azenha et al. (2012) para demonstrar 5 casos de celulite orofacial de origem odontogênica que acometeu pacientes de diferentes idades, sendo o tratamento proposto a associação da terapia medicamentosa, drenagem imediata da coleção purulenta e extração dos elementos dentários responsáveis pela infecção, conclui-se que graças aos avanços no campo do diagnóstico clínico, da prática cirúrgica e da terapêutica, os índices de complicações diminuíram acentuadamente.

No trabalho de Alfenas et al. (2014) através de uma revisão de literatura conclui que antibióticos utilizados no tratamento de abscessos perirradiculares agudos devem ser cautelosamente prescritos, pois são indicados apenas como complemento e que a erradicação da infecção só acontecerá com a intervenção clínica, incluindo drenagem do exsudato purulento e limpeza do sistema de canais radiculares dentários.

3.5 MEDICAÇÃO INTRACANAL

Para Souza et al. (2008) em sua verificação do uso do Paramonoclorofenol Canforado na dor pós-operatória, utilizando 33 pacientes com abscesso periapical sintomático, pode-se observar que a quantidade de casos analisados neste trabalho foi insuficiente, porém houve melhora nos casos que mantiveram-se selados e com medicação.

Para Estrela et al. (2009) em estudos longitudinais avaliando a eficácia da clorexidina em infecções endodônticas utilizando buscas eletrônicas (MEDLINE, Embase, PubMed). Concluiu que o emprego da clorexidina como irrigante durante o preparo de canais radiculares infectados mostrou reduzir a microbiota endodôntica remanescente.

No estudo de Garcia et al. (2014) através da participação de 130 cirurgiões-dentistas que responderam a um questionário com perguntas, de quais eram medicações intracanaís e sistêmicas utilizadas por eles frente a uma urgência de abscesso periapical agudo, onde concluiu-se que o PMCC foi a medicação intracanal mais utilizada e o antimicrobiano a medicação sistêmica mais citada independente da fase de evolução do APA.

Para Valença e Anjos Neto (2015) em seu relato de caso clínico de um paciente do sexo feminino, idade 25 anos com diagnóstico sugestivo de abscesso periapical agudo, onde concluiu-se que através da escolha da medicação a base de hidróxido cálcio notou-se uma excelente ação antimicrobiana e reparadora comprovada através do acompanhamento radiográfico, com a regressão da lesão periapical apresentando neoformação óssea da área acometida.

4- DISCUSSÃO

No tratamento endodôntico o nosso grande desafio é conseguir neutralizar e diminuir a infecção seja dentro dos canais ou disseminados para os tecidos adjacentes.

Abcessos apicais agudos são causados por bactérias que saem do canal radicular infectado e invadem os tecidos perirradiculares para estabelecer uma infecção extrarradicular e evocar inflamações purulentas. Há uma grande quantidade de tipos de bactérias presentes nessa infecção, muitas delas já relatadas e estudadas e outras sendo descobertas. Siqueira e Rôças (2009) estudaram essas espécies de bactérias fortalecendo a associação de muitas espécies cultiváveis com abcessos, mas também incluindo algumas espécies recentemente mencionadas. Assim como em seu estudo que relata que se trata predominantemente de bactérias anaeróbicas, propondo que o processo é influenciado por fatores relacionados ao hospedeiro e salienta a necessidade de orientações futuras em pesquisa, diagnóstico e terapia para comprovar tal relação. Estudo esse realizado na região do Rio de Janeiro, hipotizando haver relação das bactérias encontradas nos fluidos colhidos das lesões de pacientes com abcessos periapicais agudos (Siqueira; Rôças, 2013).

Ainda na mesma linha de que há relação da região onde se encontra o hospedeiro e as bactérias presentes na infecção, George et al. (2016) utilizou de alguns casos para confirmar essa pesquisa realizada por Siqueira e Rôças (2013), em seu estudo realizado em região de Portland, Oregon relatando que o estudo apoia os resultados das pesquisas anteriores na definição das bactérias prevalentes dentro de abcessos endodôntico e identifica fortes associações bacterianas, algumas das quais podem ser único para a região demográfica em Portland, Oregon.

Em outra linha de pesquisa relacionada ao conteúdo dos abcessos periapicais agudos, Torres et al. (1994), realiza um estudo verificando alguns casos de abcessos periapicais agudos onde houve uma divisão de grupos deixando o

elemento envolvido selado ou não. Em seu estudo o mesmo levanta a hipótese de que há um aumento na presença de IGA nos elementos que ficaram sem selamento cavitário, além do fato de que possuem relação com a presença de cistos dos mesmos. Porém, com base nos meios que foi realizado a pesquisa o autor não pode comprovar essa relação. Além do fato da presença do IGA, que já existe nos fluidos corporais e defesa primária frente a uma infecção.

Há algumas décadas os autores propunham deixar a cavidade aberta, em casos onde não há a finalização da drenagem do abscesso via canal, para que não houvesse piora do quadro do paciente (De Deus, 1976; Duarte; Lico 1992; Weine, 1998; Berger, 2002; Soares, 2011).

No estudo realizado por Vier-Pelisser et al. (2008), demonstrou que há dez anos, 10% dos procedimentos realizados nas Faculdades de Odontologia do Brasil recomendava-se deixar o dente aberto.

Ao contrário de Souza et al. (2008) e Garcia (2014) que além de preconizar o selamento da cavidade utilizam de medicações intracanaís logo na primeira sessão de atendimento, neste caso sendo o PMCC e o Paramonoclorofenol. Porém, ambos relatam que não houve mudança significativa em relação a dor pós-operatória do paciente ou que não houve amostras suficiente para expor o proposto. Diferente de Valença e Anjos Neto (2015) que em seu estudo utilizando selamento da cavidade e medicação intracanal a base de hidróxido de cálcio e notou-se uma excelente ação antimicrobiana e reparadora comprovada através de acompanhamento radiográfico, com regressão da lesão periapical apresentando neoformação óssea da área acometida.

No estudo realizado por Estrela et al. (2009) ainda propõem-se que o emprego da clorexidina como irrigante durante o preparo de canais radiculares infectados mostrou reduzir a microbiota endodôntica remanescente.

Diversos autores realizaram estudos voltados a importância da antibióticoterapia frente a um abscesso periapical agudo e quadros de urgências para Baumgartner e Xia (2003) o metronidazol teve a maior resistência bacteriana. E para

Tortamano et al. (2008) e Alfenas et al. (2014) antibióticos utilizados no tratamento de abscessos perirradiculares agudos devem ser cautelosamente prescritos, pois são indicados apenas como terapia coadjuvante.

É importante salientar que a relação de microorganismos presentes no interior da lesão de um abscesso periapical agudo e a conduta clínica irá definir o sucesso do tratamento. Para Matthews, Sutherland e Basrani (2003) e Estrela et al. (2008) o diagnóstico de um abscesso periapical agudo deve ser cuidadosamente realizado há algumas evidências para apoiar o estabelecimento de drenagem para aliviar a dor e o inchaço e que quando há drenagem não é necessário realizar prescrição antibiótica. Porém, em alguns casos como citado nos trabalhos Chandrashekar e Chhavi Saxena (2010) e Azenha et al. (2012) a terapia antibiótica foi realizada e além da drenagem do abscesso via intra oral houve outras condutas clínicas, como extração de alguns órgãos dentais e raspagem em região de furca dos elementos restantes que estavam envolvidos no abscesso, porém escolheu mantê-los.

São grandes os índices de casos de dor de origem odontogênica sendo a dor de origem pulpar mais frequente pulpíte sintomática (28,3%) seguido por pulpalgia hiper-reativa (14,4%) (Estrela et al., 2011).

Fica claro que o diagnóstico correto das infecções odontogênicas é imprescindível para o estabelecimento da terapia o mais rápido possível, evitando desta forma maiores complicações para o paciente (Jardim et al., 2011), e que devido às semelhanças de características, os sinais clínicos e os resultados dos testes de vitalidade nem sempre são critérios de diagnóstico efetivos, podendo apresentar resultados não confiáveis (Rodrigues; Cangussu; Figueiredo, 2015).

Para Bezerra et al. (2015) há vários protocolos clínicos de atendimento e possivelmente encaminhamento do paciente para outros profissionais. Decisão essa aceitável diante de uma situação em que o clínico geral não saberá lidar com o caso de urgência de origem endodôntica.

05- CONCLUSÃO

Com base nos levantamentos bibliográficos e científicos concluímos que o tratamento em situações de urgência contendo abscessos apicais agudos é comum em consultórios particulares e em postos de saúde, e que a pesquisa na área avançou significativamente nos últimos 10 anos voltada para estudos de melhores resultados e resolução dos casos diante das manobras utilizadas e das medicações intracraniais, que por sua vez ficou quase que unânime no decorrer da pesquisa que a utilização de substâncias bacteriostáticas no primeiro contato com o paciente aumenta o índice de sucesso juntamente com a devida conduta clínica, de selamento da cavidade dental, e realização de ações locais como penetração desinfetante e drenagem da lesão via intra canal e intra oral. Com exceções dos casos que a drenagem via extraoral está ocorrendo ou o quadro está muito evoluído cabendo o encaminhamento a área médica em âmbito hospitalar para a resolução do mesmo. Cabe a nós especialistas em endodontia saber até que ponto podemos intervir para que melhore a condição atual não colocando em risco a vida do paciente.

REFERÊNCIAS

- Alfenas CF, Lins FF, Maneschy MT, Uzeda M. **Antibióticos no tratamento de abscessos perirradiculares agudos.** Rev Bras Odontol. Vol. 71(2) p:120-3. Jul/Dez; 2014.
- Azenha MR, Lacerda AS, Bim AL, Caliento R, Guzman S. **Celulite facial de origem odontogênica. Apresentação de 5 casos.** Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac. Vol 12(3) p:41-8. Jul/Set; 2012.
- Baumgartner JC, Xia T. **Antibiotic susceptibility of bacteria associated with endodontic abscesses.** J Endod. Vol 29(1) p:44-7. Jan 2003.
- Berger CR. **Endodontia clínica.** São Paulo: Pancast; 2002.
- Bezerra PASAM, Oliveira MEM, Gomes TN, Barbosa JS, Medeiros EF. **Principais patologias orofaciais recorrentes em serviços de urgências odontológicas: uma revisão da literatura.** Rev Psicol vol. 9(27) p:167-77. Jul; 2015.
- Chandrashekar KT, Chhavi Saxena. **HOPELESS TO HOPEFUL:** a clinical study on management of periodontal abscess with grade II furcation involvement – endodontic and periodontal interdisciplinary approach: case report. Rev Clín Pesq Odontol. Vol. 6(1) p:107-12. Jan/Abr; 2010.
- De Deus QD. **Endodontia.** 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1976.
- Duarte CA, Lico DA. **Diagnóstico diferencial e tratamento dos abscessos periodontal e periapical agudo.** ROBRAC. Vol. 2(1) p:1-7. 1992.
- Estrela C, Guedes OA, Pereira-Júnior W, Estrela C, Brugnera-Júnior A. **Terapêutica do abscesso periapical sem fístula.** Rev Bras Odontol. Vol 65(2) p:186-95. Jul/Dez; 2008.
- Estrela C, Guedes OA, Silva JA, Leles CR, Estrela CR, Pécora JD. **Diagnostic and clinical factors associated with pulpal and periapical pain.** Braz Dent J. vol. 22(4) p:306-11. 2011.
- Estrela CRA, Ávila GEG, Decurcio DA, Silva JA, Estrela C. **Eficácia da clorexidina em infecções endodônticas – revisão sistemática.** Rev Bras Odontol. Vol. 66(1) p:133-41. Jan/Jun 2009.
- Garcia NA, Santos AAB, Ângelo AR, Veloso HHP, Ferreira GS, Queiroga AS. **Medicações intracanal e sistêmica utilizadas por cirurgiões-dentistas das unidades de saúde da família para tratamento de urgência do abscesso periapical agudo.** Arq Odontol. Vol. 50(1) p:13-9. Jan/Mar 2014.

George N, Flamiatos E, Kawasaki K, Kim N, Carriere C, Phan B, et al. **Oral microbiota species in acute apical endodontic abscesses.** J Oral Microbiol. vol. 8:30989. Mar 2016.

Jardim ECG, Santiago Júnior JF, Guastaldi FPS, Jardim Junior EG, Garcia Junior IR, Shinohara EH. **Infecções odontogênicas: relato de caso e implicações terapêuticas.** Rev Odontol Araçatuba. Vol. 32(1) p:40-3. Jan/Jun 2011.

Matthews DC, Sutherland S, Basrani B. **Emergency management of acute apical abscesses in the permanent dentition: a systematic review of the literature.** J Can Dent Assoc. vol. 69(10) p:660. Nov 2003.

Rodrigues JEM, Cangussu IS, Figueiredo NF. **ABCESSO PERIAPICAL versus PERIODONTAL: diagnóstico diferencial - revisão de literatura.** Arq Bras Odontol. Vol. 11(1) p:5-9. 2015.

Sakamoto M, Rôças IN, Siqueira JF Jr, Benno Y. **Molecular analysis of bacteria in asymptomatic and symptomatic endodontic infections.** Oral Microbiol Immunol. Vol. 21(2) p:112-22. Apr 2006.

Siqueira JF Jr, Rôças IN. **Microbiology and treatment of acute apical abscesses.** Clin Microbiol Rev. vol 26(2) p:255-73. Apr 2013.

Siqueira JF Jr, Rôças IN. **The microbiota of acute apical abscesses.** J Dent Res. Vol. 88(1) p:61-5. Jan 2009.

Siqueira JF Jr, Rôças IN. **Treponema species associated with abscess of endodontic origin.** Oral Microb Immunol. Vol. 19(5) p: 336-9. Oct 2004.

Soares IJ. **Endodontia: técnica e fundamentos.** 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Souza RA, Naves RC, Souza AS, Gomes SCN, Dantas JCP, Lago M. **Influência do paramonoclorofenol canforado na dor pós-operatória em casos de abscesso periapical agudo.** Robrac. Vol. 17(43) p:73-8. 2008.

Torres JOC, Torabinejad M, Matriz RAR, Mantilla EG. **Presence of secretory IgA in human periapical lesion.** J Endod. Vol. 20(2) p:87-9. Feb 1994.

Tortamano IP, Horliana, ACRT, Costa CG, Romano MM, Soares MS, Rocha RG. **Antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder?** Rev Odonto. Vol. 16(32) p:90-7. Jul/Dez 2008.

Valença MN, Anjos Neto DA. **Tratamento endodôntico de uma lesão periapical extensa: relato de caso clínico** [monografia]. Aracaju: Universidade Tiradentes; 2015.

Vier-Pelisser FV, Garbin RP, Só MVR, Marca C, Pelisser A. **Medicações intracanal e sistêmica preconizadas nas faculdades de Odontologia brasileiras para o tratamento de urgência do abscesso periapical agudo.** Rev Odonto Ciênc. Vol. 23(3) p:278-82. 2008.

Weine FS. **Tratamento endodôntico**. 3a ed. São Paulo: Santos; 1998. Tratamento endodôntico de emergência, p. 211-6. 1998.