

FACULDADE SETE LAGOAS
FACSETE

FLÁVIO COELHO GAMA

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÃO ÚNICA EM DENTE COM FÍSTULA
EXTRAORAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Teixeira de Freitas – BA
2019

FACULDADE SETE LAGOAS
FACSETE

FLÁVIO COELHO GAMA

**TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÃO ÚNICA EM DENTE COM FÍSTULA
EXTRAORAL: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Artigo Científico apresentado ao programa de especialização em Endodontia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE para obtenção de Título de especialista em endodontia.

Orientadora: Prof.^a MS Camila Almeida de Andrade.

Teixeira de Freitas – BA
2019

GAMA, Flávio Coelho.

Tratamento endodôntico em sessão única em dente com fístula extraoral: relato de caso clínico.

Flávio Coelho Gama – 2019, 26p.

Orientadora: Professora MS Camila Almeida de Andrade.

Monografia (Especialização em Endodontia) – Instituto Baiano de Pesquisa Odontológica

(FACSETE), 2019.

I- Fístula; II-Infecção; III-Canal Radicular.

Folha de Aprovação

O artigo científico intitulado: **TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÃO ÚNICA EM DENTE COM FÍSTULA EXTRAORAL: RELATO DE CASO CLÍNICO** apresentado por sua titular a Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, para obtenção de título de especialista em ENDODONTIA, à comissão examinadora abaixo denominada, após autorização pela orientadora.

Teixeira de Freitas, _____ de _____ de 2019.

Coordenador: Professor MS Antônio Henrique Braitt dos Santos

Orientadora: Professora MS Camila Almeida de Andrade

Professora Especialista Gladyvam Rabelo Braitt

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus grandioso e maravilhoso, por acompanhar-me gentilmente em todas as minhas caminhadas, até alcançar mais uma conquista – a especialização em Endodontia.

À minha família, pais, irmã, irmão e amigos por seu amor imensurável, carinho absoluto e apoio incondicional, por sempre me impulsionarem a prosseguir com amor e coragem em todos os momentos.

À minha orientadora, Camila Almeida de Andrade, que com carinho, paciência e dedicação orientou-me nesta jornada acadêmica rumo à especialização.

Aos professores do curso de Endodontia, Gladyvam Rabelo Braitt e, particularmente, ao ilustre professor, **Antônio Henrique Braitt**, por sua dedicação à docência, agradeço os ensinamentos e colaboração no ensino-aprendizagem aliando a teoria a práxis. Vocês são excepcionais!

Aos colegas de curso de especialização, e àqueles que contribuíram para esta conquista, muito obrigado!

Ao Instituto Baiano de Pesquisa Odontológica e toda a equipe de especialização em Endodontia, por ter nos oportunizado uma especialização de grande valia. Muito obrigado!

“Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará, assim, uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correto. ”

Albert Einstein

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de um tratamento endodôntico em dente com fístula extraoral em sessão única. Paciente compareceu com receio de ter uma neoplasia maligna, mas depois da avaliação clínica e radiográfica, constatou-se infecção endodôntica no dente 46. Logo após anestesia, isolamento absoluto e remoção do curativo, procedeu-se à determinação do Comprimento de Trabalho com auxílio de instrumento manual Kerr #15 e localizador apical. Para a modelagem, utilizou-se instrumento recíprocante Wave One Gold Small seguido de irrigação com de NaOCl após preparo de cada terço do canal radicular. Em seguida, irrigou-se com EDTA, ativado por Easy Clean, renovando a solução após cada ativação. Uma irrigação final com hipoclorito de sódio seguiu este mesmo protocolo de ativação. Posteriormente a secagem, obturou-se os canais com o cimento MTA-FILLAPEX e cones guta percha F1 nos canais disto-lingual, disto-vestibular, mesio-lingual e cone F2 no canal mesio-vestibular e termoplastificação com McSpadden. Finalizada a endodontia, colocou-se bolinha de algodão estéril e curativo. Conclui-se que o tratamento endodôntico através da interação multidisciplinar com correto diagnóstico obteve sucesso clínico e radiográfico após 1 ano de preservação neste caso clínico.

Palavras-chave: Fístula, Infecção, Canal Radicular.

ABSTRACT

This paper aims to describe a clinical case of an endodontic treatment in a tooth with extraoral fistula in a single session. Patient presented with the fear of a malignant neoplasia, but after the clinical and radiographic evaluation, it was verified the endodontic in the tooth 46. Soon after anesthesia, production and removal of the dressing, the Work Table was determined with the aid of an instrument Kerr # 15 manual and apical locator. For modeling, use the reciprocating instrument Wave One Gold Small set of irrigation with NaOCl after preparation of each third of the root canal. It was then irrigated with EDTA, activated by Easy Clean, renewing a solution after each activation. A final irrigation with sodium hypochlorite followed in this same activation protocol. After drying, it was filled with MTA-FILLAPEX canals and gutta-percha F1 cones in the disto-lingual, distobuccal, mesio-lingual and F2-cone canals without mesiobuccal canal and thermoplastic McSpadden. Finished an endodontia, was placed a ball of sterile cotton and curative. It was concluded that endodontic treatment through multidisciplinary interaction with correct diagnosis obtained clinical and radiographic success after 1 year of proservation in this clinical case.

Keywords: Fistula, Infection, Root Canal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Imagem com visão lateral da fístula extraoral.....	13
Figura 2	Imagem com visão inferior da fístula extraoral.....	13
Figura 3	Imagem da radiografia panorâmica.....	14
Figura 4	Imagem da radiografia inicial.....	14
Figura 5	Imagem após remoção do curativo.....	15
Figura 6	Imagem radiográfica da determinação do comprimento de trabalho.....	16
Figura 7	Imagem radiográfica da prova do cone.....	17
Figura 8	Imagem radiográfica final.....	17
Figura 9	Imagem da cicatrização da fístula após 1 semana.....	18
Figura 10	Imagem da cicatrização da fístula após 1 mês.....	18
Figura 11	Imagem radiográfica após 1 mês de tratamento.....	18
Figura 12	Imagem da cicatrização da fístula após 6 meses.....	19
Figura 13	Imagem radiográfica após 6 meses de tratamento.....	19
Figura 14	Imagem da cicatrização da fístula após 1 ano.....	19
Figura 15	Imagem radiográfica após 1 ano de tratamento.....	19

LISTA DE ABREVIATURAS

CT	Comprimento de trabalho
EDTA	Ácido etilenodiamino tetra-acético
ml	Mililitro
mm	Milímetro
NaOCl	Hipoclorito de sódio
IBPO	Instituto Bahiano de Pesquisas Odontológicas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. PROPOSIÇÃO.....	12
3. RELATO DO CASO CLÍNICO.....	13
4. DISCUSSÃO.....	20
5. CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	26

1. INTRODUÇÃO

O abscesso periapical tem início quando a polpa dentária sucumbe em um processo de necrose vindo a depositar um grande número de irritantes na zona apical (AZAMBUJA et al. 1998). Em seu estágio avançado pode drenar espontaneamente através de fístula, podendo ser extrabucal, dependendo do dente causador, localização radicular, espessura do osso e inserções musculares (SHARMA JK, SHARMA B, CHAUHAN,1985). A progressão da infecção através dos tecidos dependerá também dos fatores de virulência do organismo infectante, da resistência do paciente e do hospedeiro, sendo estes os governantes da extensão da difusão do processo infeccioso (MELLO JR. JE, AZNAR FDC. ZUOLO ML, 2007).

A fístula extra oral pode ocorrer como resultado de um processo inflamatório associado com polpa necrosada, fratura vertical da raiz, além de várias desordens de origem não odontogênicas (MELLO JR. JE, AZNAR FDC. ZUOLO ML, 2007). A drenagem espontânea pode deixar cicatriz significativa. A rara ocorrência desse tipo de patologia pode causar ao profissional desavisado uma falha ou confusão na hora de estabelecer o diagnóstico. O próprio diagnóstico pode ser dificultado pelo fato de que lesões de pele, face ou pescoço dificilmente são de origem dental. O paciente muitas vezes não apresenta sintomas de origem dental e procura o médico para resolução da erupção cutânea. O profissional, se não desconfiar da origem dental, pode confundir com uma série de erupções cutâneas (MELLO JR. JE, AZNAR FDC. ZUOLO ML, 2007).

O diagnóstico diferencial de uma drenagem com erupção cutânea inclui: periodontite apical supurativa, osteomielite, fístula congênita, fístula de glândula salivar, cisto infectado, infecção micótica profunda e lesões de pele como furúnculos, carcinoma celular escamoso, desordens granulomatosas, além de granuloma piogênico e actinomicoses. O Correto diagnóstico é importante para determinar o plano de tratamento, portanto, a solução do problema (PAIVA & ANTONIAZZI, 1993).

Diante da variedade de patologias associadas as lesões cutâneas, que requerem tratamentos e exames mais específicos e mais elaborados que o tratamento endodôntico, a interação interdisciplinar entre profissionais da saúde e o cirurgião-dentista é importante para realizar o diagnóstico diferencial de infecção de origem dentária.

2. PROPOSIÇÃO

A proposição do presente estudo é descrever um caso clínico de um tratamento endodôntico em dente com fístula extraoral, em sessão única.

3. RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente L.F.A.S, gênero masculino, 11 anos, compareceu no Instituto Baiano de Pesquisa Odontológico (IBPO), no dia 13 de abril de 2018 com presença de fístula extraoral (Figura 1 e 2).



Figura 1: Imagem com visão lateral da fístula extraoral.



Figura 2: Imagem com visão inferior da fístula extraoral.

A mãe relatou que havia um ano que o filho era encaminhado para vários profissionais da saúde, 4 médicos, sendo um oncologista, um odontopediatra que o encaminhou para o CEO de Teixeira de Freitas - BA, onde passou por um cirurgião-dentista bucomaxilofacial que solicitou uma radiografia panorâmica e prescreveu clindamicina 300mg por 10 dias. Neste período houve uma melhora no quadro clínico do paciente. No entanto, os sintomas e a fístula recidivaram após o término desta medicação. Com isso, o paciente foi encaminhado para avaliação endodôntica na especialização em Endodontia do Instituto Bahiano de Pesquisas Odontológicas - IBPO. A responsável após chegar no IBPO relatou que estava bastante apreensiva pela solicitação de uma biópsia pelo oncologista para avaliar se a lesão extraoral do filho poderia ser de origem cancerígena.

Ao exame clínico, constatou-se a presença de curativo no dente 46 e ausência de edema na região. Houve resposta negativa aos testes de percussão e palpação. A criança apresentava linfonodos palpáveis do lado direito na região submandibular.

Observou-se na radiografia panorâmica que a lesão estava estendendo do ápice da unidade 46 até o ramo da mandíbula (Figura 3) e na radiografia periapical, presença de cárie e lesão periapical no dente em questão (figura 4).



Figura 3: Imagem da radiografia panorâmica.

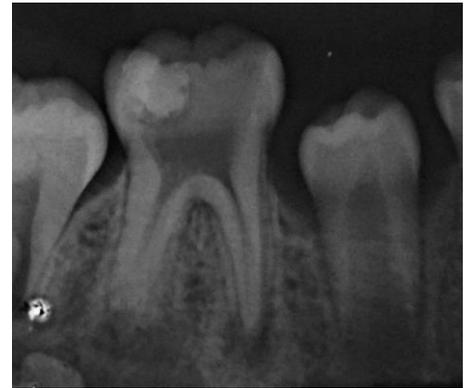


Figura 4: Imagem da radiografia inicial.

O bloqueio do nervo alveolar inferior foi feito com Artícaina 4% com Epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro - RJ, Brasil) utilizando agulha longa (INJEX, Ourinhos-SP, Brasil).

Finalizada a anestesia, procedeu-se o isolamento do campo operatório com lençol de borracha (Madeitex, São José dos Campos - SP, Brasil) posicionado no arco de Ostby (Maquira, Parque Industrial Bandeirantes, Maringá - PR, Brasil). Com o lençol de borracha já posicionado, sobrepôs o mesmo na arcada dentária do paciente e com o auxílio de uma caneta, marcou-se a face oclusal do dente em questão. Na área marcada de caneta no lençol de borracha foi feito um furo, com o perfurador de Ainsworth (SS White, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), com diâmetro de acordo com o tamanho da coroa do dente. Neste furo foi acoplado o grampo 205 (SS White, Rio de Janeiro-RJ, Brasil) com auxílio da pinça porta grampo Palmer (SS White, Rio de Janeiro-RJ, Brasil), o conjunto grampo, lençol e arco foi posicionado no dente.

Após o isolamento, foi colocado uma barreira gengival Top Dam (FGM, Ourinhos-SP, Brasil) para evitar contaminação com saliva e também para evitar que as substâncias utilizadas não extravasassem na boca do paciente.

A remoção do curativo foi realizada com a broca esférica de alta rotação nº 1014 (KG Sorensen, Cotia - SP, Brasil) e para adequação da forma de conveniência (Figura 5), utilizou-se a broca Endo Z (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça).



Figura 5: Imagem após remoção do curativo.

Em seguida, foi realizada uma irrigação inicial com seringa descartável bico luer lock de 5ml (Descarpak, Vila Hamburguesa – São Paulo – SP, Brasil) com a agulha intracanal Navitip 30 ga 21mm (Ultradent, Itaiaci - Indaiatuba – SP, Brasil) com 5ml de hipoclorito de sódio (NaOCl) a 6% com pH 8 (Farmácia de manipulação Vitalle – Teixeira de Freitas - BA, Brasil) realizada para remover debris dentinários decorrente do desgaste feito no acesso radicular.

Realizou-se a limpeza com instrumento manual Kerr #15 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) nos terços cervical e médio de todos os canais para descontaminação inicial, evitando-se extrusão bacteriana da parte mais contaminado do canal para o periápice, seguida de irrigação com 5ml de hipoclorito de sódio (NaOCl) em cada canal.

Para a determinação do comprimento de trabalho (CT), usou-se como parâmetro o zero apical, utilizou-se um instrumento manual Kerr #15 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) e o localizador de ápice endus (Gnatus, Ribeirão preto –SP, Brasil) com confirmação radiográfica (Figura 6).



Figura 6: Imagem radiográfica da determinação do comprimento de trabalho.

Para a modelagem do canal radicular foi utilizado o motor X-SMART PLUS (Ballaigues –Suíça) e instrumento recíprocante Wave One Gold Small 25mm (Dentsply Maillefer Rio de Janeiro –RJ, Brasil) sequencialmente por terços (cervical, médio e apical), seguido de uma abundante irrigação com 5ml de NaOCl 6% após instrumentação de cada terço em todos os canais.

Após a irrigação final com mais 5 ml de hipoclorito de sódio, foi irrigado um volume de 3 ml de Ácido etilenodiamino tetra - acético (EDTA) a 17%, com o objetivo de auxiliar na remoção da *smear layer*, seguida de ativação com easy clean (Easy, Ourinhos-SP, Brasil), durante 3 ciclos de 20 segundos cada, renovando 1 ml dessa solução a cada ciclo em cada canal.

Após estes procedimentos, os canais foram irrigados com mais 5ml de NaOCl a 6%, seguindo o mesmo protocolo de ativação e também foi possível identificar a presença de um quarto canal, procedeu-se neste os mesmos procedimentos descritos anteriormente.

A secagem dos canais foi realizada com pontas de papel absorvente Protaper F1 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça).

Após a radiografia de prova de cone (Figura 7), procedeu-se a obturação dos canais radiculares com o cimento obturador MTA-FILLAPEX (Angelus, Londrina –PR, Brasil), e cones guta percha F1 nos canais disto-lingual, disto-vestibular, mesio-lingual e cone F2 no canal mesio-vestibular. Logo após, foi feita a termoplastificação dos cones de guta perchar com condensador Macspadden #60, (Dentsply, Londrina –PR, Brasil). Em seguida, foi colocado uma bolinha de algodão estéril na câmara pulpar e inserido um obturador provisório (CAVITEC, São José dos Pinhais-PR, Brasil) (Figura 8).

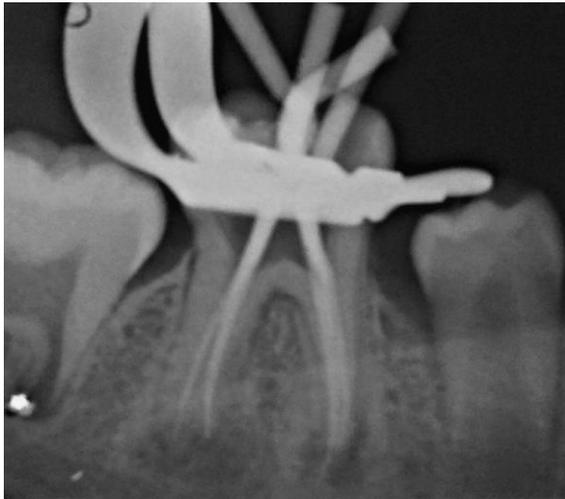


Figura 7: Imagem radiográfica da prova do cone.



Figura 8: Imagem radiográfica final.

Não obstante a presença de fistula extraoral, optou-se pela conclusão do tratamento em sessão única, visto que o paciente não tinha nenhum sintoma clínico, não havia dor a palpação e percussão, durante o tratamento endodôntico não houve drenagem de secreção purulenta, sendo possível realizar secagem de forma eficaz dos canais radiculares.

Após 1 semana foi possível observar redução significativa do diâmetro da fístula extraoral, bem como a remissão total da drenagem de secreção purulenta (Figura 9).



Figura 9: Imagem da cicatrização da fístula após 1 semana.

Decorridos 30 dias, observou-se regressão quase que total da fístula, contudo permaneceu uma cicatriz no local. Todavia, o paciente encontrava-se assintomático, sem edema e sem drenagem de pus. Radiograficamente pode-se notar uma discreta redução da lesão periapical, sugerindo início de reparo ósseo, principalmente na raiz mesial (Figura 10 e 11).



Figura 10: Imagem da cicatrização da fístula após 1 mês.

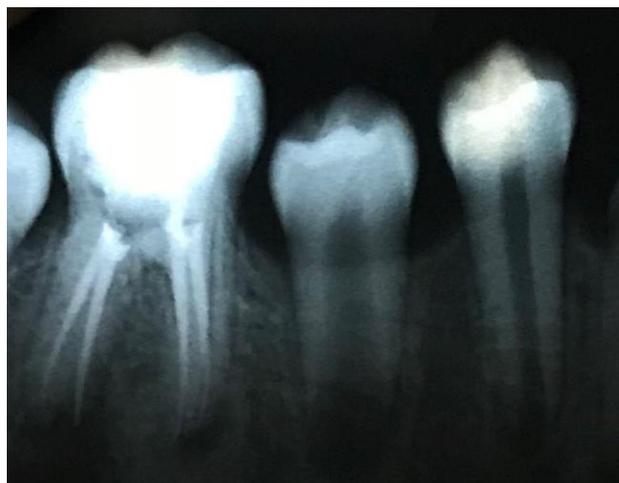


Figura 11: Imagem radiográfica após 1 mês de tratamento.

Com 6 meses da conclusão do tratamento endodôntico já foi possível observar regressão quase total da fístula extraoral e o paciente encontrava-se assintomático. Radiograficamente, pode-se observar uma maior redução da lesão, bem como a diminuição da radiolucidez da lesão periapical (Figura 12 e 13).



Figura 12: Imagem da cicatrização da fístula após 6 meses.



Figura 13: Imagem radiográfica após 6 meses de tratamento.

Com 1 ano da conclusão do tratamento endodôntico já foi possível observar regressão total da fístula extraoral e o paciente assintomático. Radiograficamente, pode-se observar que a lesão continuou reduzindo, bem como a diminuição maior da radiolucidez periapical da lesão (Figura 14 e 15).



Figura 14: Imagem da cicatrização da fístula após 1 ano.



Figura 15: Imagem radiográfica após 1 ano de tratamento.

4. DISCUSSÃO

Uma vez que a fístula é diagnosticada, o tratamento geralmente é simples e efetivo, o qual consiste no tratamento dos condutos radiculares ou exodontia, dependendo do caso clínico (SHEEHAN et al. 2005; SLUTZKY et al. 2009).

Na literatura, os autores preconizam o tratamento endodôntico como primeira opção no tratamento de fístulas (BENDER IB, SELTZER S., 1961 e LUBIT FA, ROTHENBER F., 1976). Porém, em alguns casos, preconiza-se a remoção do dente (SHARMA JK, SHARMA B, CHAUHAN VKS., 1985 e MITCHELL DA., 1994).

No presente caso, optou-se pela realização do tratamento endodôntico do dente em questão, visto que não havia indicação para exodontia, a extração de um dente pode acarretar consequências posteriores indesejáveis, tais como: a perda de outros dentes, principalmente os adjacentes porque tendem a inclinar para o espaço excedente e a ficarem com mobilidade. Pode ocorrer a abertura de espaços entre os dentes (diastemas), problemas articulares, dificuldade na mastigação e até eventualmente ocorrer problemas na fonética, entre outros. Portanto, torna-se essencial preservar e manter os dentes na cavidade bucal.

Fístulas extraorais de origem dentária são incomuns (SPEAR et al. 1983). Estas podem ser ignoradas se o cirurgião-dentista não estiver ciente da possibilidade de tal foco de infecção. Fístulas extraorais têm uma incidência mais frequente em adultos, do que em crianças. Eles estão normalmente presentes na região do mento e bochecha (SPEAR et al. 1983 e CIOFFI et al. 1986) e 80% dos casos registrados são associados com os dentes inferiores.

Apesar da maior incidência em adultos, neste estudo a fístula extraoral ocorreu em uma criança, porém se enquadrou dentre 80% dos casos que acometem os dentes inferiores.

Às vezes é difícil associá-la a uma infecção odontogênica, ou por falta de sintomatologia ou pela localização da fístula não está diretamente associada ao dente

em questão (GALESKAN, M.R.; SEM, B.H.; OZENEL, M.A,1995). É muito importante a interação multidisciplinar para evitar que o paciente seja submetido a tratamentos, antibioticoterapia e procedimentos cirúrgicos desnecessários antes de realizar o tratamento endodôntico definitivo ou a extração cirúrgica (Fernandez CL, Díaz AC, 2011). Mesmo não havendo denúncia de sintomas dentários, os profissionais de saúde devem sempre consultar os dentistas para afastar a origem dentária da fístula, ampliando a possibilidade de sucesso do tratamento.

O correto diagnóstico é importante para determinar o plano de tratamento, portanto, chegando a solução do problema (PAIVA & ANTONIAZZI, 1993). Infelizmente o presente estudo não teve um correto diagnóstico inicial, o paciente teve que passar por vários profissionais de saúde e nenhum deles conseguiu resolver o problema de forma efetiva.

A melhoria clínica dos sintomas do paciente é a única guia que o clínico pode utilizar para determinar a eficácia da terapia antibiótica e do tratamento endodôntico que se tenha realizado. Por isso, os pacientes endodônticos com tratamento antibiótico devem ser observados diariamente. Quando existe evidência de que os sintomas e sinais estão a remitir, o tratamento antibiótico deve ser interrompido (SEGURA-EGEA, J.J.: 2017 & AAE ,1999). Caso contrário, a utilização prolongada de antibióticos pode destruir a flora comensal oral e de outros lugares do organismo (LONGMAN LP, MARTIN MV, 1991). Entretanto, Fazakerley MW, et al., em 1993, afirmaram sobre a duração do tratamento antibiótico nas infecções endodônticas, que recomenda-se administrar o antibiótico durante 3 a 7 dias. Porém, geralmente, as lesões cutâneas são diagnosticadas como uma lesão de pele local e tratadas de maneira incorreta com o uso de antibióticos ou com eventual excisão cirúrgica (AZAMBUJA et al., 1998). No presente caso, o cirurgião-dentista bucomaxilofacial prescreveu antibiótico por 10 dias com melhoras dos sintomas. Porém, após este período houve recidiva da drenagem de secreção purulenta, ou seja, a antibioticoterapia sem remoção da causa foi ineficiente. Outro fato relevante foi a ausência de prescrição de nenhuma medicação após a finalização da endodontia e, mesmo assim, houve sucesso clínico.

Atualmente, sabe-se que o sucesso do tratamento endodôntico está diretamente relacionado com o controle da infecção endodôntica. Por esse motivo no tratamento de dentes com vitalidade pulpar está indicada a sessão única. Nos casos de necrose pulpar com ou sem área radiográfica de radiolusência perirradicular, existem controvérsias na comunidade científica relativamente à dor pós-operatória e sucesso do tratamento quando se opta pela realização da terapia em uma ou múltiplas sessões tendo que fazer trocas de medicações (Rosso C. et al,2012).

No entanto, Coutinho-Filho, Gurgel-Filho & Diblasi, em 1997; Almyroudi et al., no ano de 2002 e Wong et al., em 2014, afirmam que o tratamento endodôntico tornou-se cada vez mais automatizado com os localizadores apicais e instrumentos rotatórios, e por isso, pode ser executado com mais agilidade. Assim alguns dentistas estão incorporando a sessão única em sua rotina clínica.

No presente estudo optou-se em realizar em sessão única o tratamento endodôntico visto que foi realizada uma endodontia automatizada além de ressaltar, que, pelo tempo que a patologia já afetava o paciente, não era satisfatório retardar a conclusão do tratamento com trocas de mediação intracanal e de curativo, mantendo o dente com restauração provisória e, com isso, limitando sua função na cavidade bucal.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que o tratamento endodôntico através da interação multidisciplinar com correto diagnóstico obteve sucesso clínico e radiográfico após 1 ano de preservação neste caso clínico.

REFERÊNCIAS

ALMYROUDI A, MACKENZIE D, MCHUGH S, SAUNDERS W.P. **The effectiveness of various disinfectants used as endodontic intracanal medications: an in vitro study.** *J Endod.* 2002 ;28(3) :163-7.

American Association of Endodontists (AAE) (1999) **Prescription for the future: responsible use of antibiotics in endodontic therapy.** AAE Endodontics Colleagues for Excellence 1–8.

AZAMBUJA T.W.F, BERCINI F, MOSCHEN A.Z, WEISSHEIMER A.P, REINHARDT L. **Abscesso Crônico Associado à Fístula Extra-oral: Revisão de Literatura e Apresentação de Caso Clínico e Cirurgico.** *R. Fac. Odontol. Porto Alegre.* 1998;39(1):09-13.

BENDER I.B, SELTZER S. **The oral fistula: its diagnosis and treatment** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961;14:1367-76.

CIOFFI G.A, TEREZHALMY G.T, PARLETTE H.L. - **Cutaneous draining sinus tract: An odontogenic etiology.** *J Am Acad Dermatol* 1986;14:94-100.

COUTINHO-FILHO T.C, GURGEL-FILHO E.D, DIBLASI F. **Filosoia de trabalho nas obturações imediatas em dentes necrosados e com lesão apical.** *Rev Bras Odontol.* 1997;5(5):281-4.

FAZAKERLEY M.W, MCGOWAN P, HARDY P, MARTIN M.V. **A comparative study of cephadrine, amoxicillin and phenoxymethylpenicillin in the treatment of acute dentoalveolar infection.** *British Dental* 1993; 174; 359-63.

FERNANDEZ C.L, DÍAZ A.C. **Fístula Odontogénica.** *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2011; 20:110-2.

GALESKAN , M.R.; SEN, B.H.; OZENEL, M.A. **Treatment of extraoral sinus tract from traumatized teeth with apical periodontitis.** *Endod. Dent. Tramadol.* 1995;11(3):115-20.

LONGMAN L.P, MARTIN M.V. **The use of antibiotics in the prevention of post-operative infection: a re-appraisal.** *British Dental.*1991;170: 257-62.

LUBIT F.A, ROTHENBERG F. **Extraoral fistulas of endodontic origin: report of 2 cases.** *J Endod* 1976;2:393-6.

MELLO JUNIOR, J.E; AZNAR, F.D.C; ZUOLO M.L. "Fístula extra-oral de origem dental." *Rev. APCD.* 2007 61(6): 462-5.

MITCHELL D.A. **A bizarre facial sinus.** *Dental Update* 1994; 21:303-4.

PAIVA, J.G.; ANTONIAZZI, J.H. **Endodontia: Bases para a prática clínica.** *Artes Médicas*,1993.19-36, 110-145.

ROSSO C, DAVIS L.S, MCHUGH S, HARDY P. **Dor pós-operatória em dentes com infecções após única ou múltiplas sessões- revisão sistemática.** *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.* 2012;12(1):143-48.

SEGURA-EGEA, J.J. **European Society of Endodontology position statement: The use of antibiotics in Endodontics.** *International Endodontic.* 2017;10:1111-12781.

SHARMA J.K, SHARMA B, CHAUHAN V.K.S. **Extraoral sinus and its management** *Int J Oral Surg* 1985;14:346-9.

SHEEHAN D.J, POTTER B.J, DAVIS L.S. **Cutaneous draining sinus tract of odontogenic origin:unusual presentation of challenging diagnosis.** *South Med J.* 2005;98(2):250-2.

SLUTZKY-GOLDBERG I, THESIS I, SLUTZKY H, HELING I. **Cutaneous Sinus Tract in Association with Traumatic Injury to the Teeth** *Quintessence Int,* 2009;40:13-18.

SPEAR K.L, SHERIDAN P.J, PERRY H.O.- **Sinus tracts to the chin and jaw of dental origin.** *J Am Acad Dermatol* 1983; 8:486-92.

WONG, W.A, ZHANG C, CHU C.H. **A systematic review of nonsurgical single visit versus multiple-visit endodontic treatment.** *Dove Mwdical Press Limited,* 2014;6:45-56.

ANEXO A




CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA

COORDENAÇÃO: Prof. Ms. ANTONIO H. BRAITT SANTOS

PRONTUÁRIO GERAL - Nº _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Luiz Felipe Almeida Santos
 RG: 1611989370 Órgão expedidor: _____ CPF: _____
 Endereço: R. Rangel Teixeira de Carvalho nº 271
 Bairro: Redenção Cidade: T. de Freitas
 Tel: 32312204 Cel: 999915908 CEP: _____
 Profissão: Estudante Endereço: _____
 Tel: 999915908 Estado Civil: solteiro Sexo: m Raça: Pardua
 Data de Nascimento: 13/02/2007
 Naturalidade: Rubim, MG Nacionalidade: Brasileiro

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

(Baseado na resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

Eu, Maricélia Pereira dos Santos, RG nº 21.464.071.04
 estou ciente e dou consentimento para uso de informações e fotos pertinentes à
 minha saúde bucal com fins de pesquisa e docência para avanços no tratamento
 odontológico, sem que isto incorra em ônus ou quaisquer fins que não científicos,
 bem como autorizo que apenas procedimentos para restabelecer minha saúde
 bucal sejam executados.

ILHÉUS, 13 de Abril de 2018.

Assinatura do paciente: Maricélia Pereira dos Santos
 Cirurgião-dentista responsável: _____ CROBA: _____