

Abscesso Crônico Associado à Fístula Extra-Oral: Revisão de Literatura e Apresentação de Caso Clínico e Cirúrgico

Chronic Periapical Abscess Associated Extraoral Fistula: Review of the Literature and Surgical Case Presentation

Taís W. Furlanetto de Azambuja*
Francesca Bercini**
Adriana Zanon Moschen***
Ana Paula Weissheimer***
Luciana Reinhardt***

RESUMO

As autoras apresentam revisão de literatura e caso clínico cirúrgico de paciente portador de fístula ativa extra-oral decorrente de lesão periapical.

UNITERMOS

Fístula extra-oral, lesão periapical, abscesso crônico, cirurgia paraendodôntica.

SUMMARY

The authors present a review of the literature and report a surgical case in a patient with active extraoral fistula which occurred after a periapical lesion.

KEYWORDS

Extraoral fistula, periapical lesion, chronic abscess, paraendodontic surgery.

Introdução

O processo crônico é determinado pelo equilíbrio entre a capacidade de resposta do organismo e o grau de virulência dos micro-organismos.

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, em geral determinando a formação de pus que encontrará drenagem através de fístulas intra ou extra-orais.

As fístulas extra-orais necessitam de um diagnóstico diferencial aprimorado, pois devido a sua localização e sintomatologia sua etiologia não é relacionada, inicialmente, como sendo de origem dentária.

Esse trabalho apresentará revisão da literatura e caso clínico cirúrgico de fístula ativa extra-oral decorrente de lesão periapical de dente mandibular.

Revisão de Literatura

O processo infeccioso pulpar tem início quando a polpa é exposta e entra em contato com os micro-organismos do meio bucal. É um processo progressivo que depende tanto da patogenicidade do micro-organismo como da capacidade vital do tecido pulpar.⁸ Quando não for tratado, poderá determinar inúmeras conseqüências, as quais estão na dependência da virulência do microorganismo envolvido e da

* Professora Assistente das Disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da F.O. UFRGS. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial e Mestre em Educação.

** Professora Assistente das Disciplinas de Anestesiologia e Exodontia e Exodontia II da F.O. UFRGS. Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial.

*** Cirurgiões-Dentistas.

integridade dos mecanismos defen-sivos globais do paciente.⁹

Da polpa, o processo infla-matório se propaga para os tecidos periapicais, onde pode apresentar-se como um granuloma periapical ou cisto radicular quando crônico, ou como um abscesso quando agudo.⁹

No que diz respeito à evolução do processo infeccioso, há relatos de ser possível a existência de modifi-cações entre os processos crônico e agudo. Assim, um processo originalmente crônico pode, eventualmente, exacerbar-se e tornar-se agudo ou vice-versa.¹⁰

Em casos de lesões pulpares causadas por traumatismo poderemos ter desde uma leve inflamação pulpar até a necrose completa desse tecido, determinando lesões ao nível do periápice. O que determina a ocorrência de uma ou de outra é a severidade do trauma e a capacidade de resposta do tecido pulpar.¹

O abscesso agudo é uma entidade patológica que se caracteriza pelo processo de coleção purulenta iniciado ao nível do tecido periapical de um dente.⁷

A formação de um abscesso agudo pode estar relacionada a agentes etiológicos de ordem física, química ou biológica, embora sejam apontados os de origem biológica como dominantes.⁷

Já o abscesso periapical crônico pode ser o resultado da cronificação de um processo agudo ou de uma infecção de baixa virulência, drenando, espontaneamente, para a cavidade bucal ou para a pele.³

O abscesso crônico apical é geralmente associado com a penetração de irritantes vindos do canal radicular para dentro dos tecidos extra-radulares, resultando na formação de pus. A acumulação de pus na área pode encontrar drenagem suficiente através de uma fístula e a inflamação crônica persiste desta maneira.²

A maioria das infecções bucais é causada por vários microorganismos. Nas infecções de tecidos moles da boca,

os estreptococos são os isolados com maior freqüência, e, entre estes, o mais comum é o *Streptococcus viridans*. O *Staphylococcus aureus* é encontrado freqüentemente nas infecções bucais em cultura pura ou como componente de infecções mistas.¹¹

Microscopicamente, esta lesão aparece como uma zona de liquefação composta de exsudato proteinário, tecido necrosado e neutrófilos mortos e vivos (pus). No tecido vizinho encontram-se vasos dilatados e um infiltrado neutrofílico circundando a área de necrose de liquefação.⁹

Diversos estudos realizados para examinar a atuação da bactéria na formação de lesão periapical mostraram que microorganismos estão presentes em canais radiculares de todos os dentes portadores de lesão periapical. A flora endodôntica consiste de uma mistura de bacilos, cocos, espiroquetas e formas filamentosas.¹

A disseminação de um abs-cesso pode dar-se através de uma dentre várias vias. Pode propagar-se do osso, cortical vestibular, seio maxilar e do tecido mole gengival, estabe-lecendo uma fístula ou trato de drenagem. Dependendo da localização original do abscesso e da via de menos resistência a mesma situação pode ocorrer no palato ou até na pele.^{6,9} O abscesso agudo, após a drenagem, quando não tratado pode evoluir para a cronicidade.⁷

Uma fístula é uma conexão entre um espaço patológico e uma cavidade de corpo anatômico ou superfície da pele. A mesma pode drenar intermitentemente ou continuamente e pode ser intra ou extra-oral.²

Clinicamente pode ser notada a presença de uma lesão papular ou nodular composta, principalmente de um tecido de granulação que identifica o local de drenagem intra e extra-bucal. O exame radiográfico mostra área radiolúcida mais definida perifericamente, e o trajeto da fístula poderá ser identificado com o auxílio de um cone de guta-percha.³

É importante um correto diagnóstico de lesões endodônticas e/ou periodontais, pois deste dependerá o correto plano de tratamento e portanto a solução do problema.¹²

Quando uma lesão com drenagem ativa é encontrada na pele da face e pescoço, diagnósticos diferenciais devem ser cuidadosamente feitos com uma meticulosa examinação, devendo as seguintes entidades patológicas serem consideradas: pústula, cisto drenando, abscesso crônico apical, osteomielite, fístula de glândula salivar, fístula orocutânea, síndrome aurículo-temporal, actinomicose, entre outros. Aqueles de origem odontogênica geralmente representam um desafio de diagnóstico. Isto porque os sintomas e/ou localização podem não sugerir infecção dental, desde que o paciente não tenha nenhuma dor de dente, e o estroma da fístula pode ou não estar adjacente ao dente envolvido. Deve ser lembrado que uma fístula extra-oral na região de cabeça e pescoço freqüentemente é causada por abscesso dental e geralmente são localizadas no queixo ou na área submental, porém raramente na região nasal.²

O tratamento indicado para lesões endodônticas com ou sem envolvimento do periápice tem sido o tratamento do canal radicular. Quando apenas este não consegue reestabelecer a integridade dos tecidos periapicais, podemos lançar mão das cirurgias paraendodônticas.¹⁵

A cirurgia ou apicetomia pode ser definida como a remoção cirúrgica das zonas patológicas periapicais, conservando o dente ou dentes que lhe deram origem, seguida da ressecção do ápice radicular e posterior obturação retrógada, quando necessária.⁴

As indicações para apicetomia são: dentes cujo canal radicular é de acesso impossível na zona apical por uma obstrução mecânica; dentes com perfurações acidentais da raiz no terço apical; fratura do dente cujo ápice fraturado é impossível de ser tratado, necessitando de remoção; dentes com

reabsorção radicular; dentes desvitalizados pela remoção de um cisto paradentário ou por dente incluso; dentes portadores de prótese ou pinos no canal de remoção impossível.⁴

A seguir apresentaremos caso clínico cirúrgico de paciente com fístula ativa extra-oral, na região do mento, decorrente de lesão periapical do incisivo inferior esquerdo.

Caso Clínico

A paciente J.B.K., 24 anos, sexo feminino, raça branca, procurou a Faculdade de Odontologia da UFRGS com queixa de fístula cutânea ativa na região mentoniana.

Relatou que já havia se submetido a cirurgia plástica para correção estética da lesão, sem sucesso, há cerca de 6 meses (Fig.1).

No exame clínico e radiográfico foi constatada a necrose do incisivo central inferior esquerdo e realizado o tratamento endodôntico, no Setor de Endodontia da FOUFRGS. Como não houve remissão do quadro clínico (fístula extra-oral), a paciente foi encaminhada para procedimento cirúrgico paraendodôntico. Durante o exame pré-operatório, observamos alteração da cor deste dente e o exame radiográfico evidenciou a existência de área radiolúcida em seu periápice (Fig. 2).

Técnica Cirúrgica

O plano cirúrgico determinado consistiu em cirurgia paraendodôntica do tipo apicetomia.

O procedimento foi realizado sob anestesia local, em ambulatório da Faculdade de Odontologia da UFRGS.

Após incisão de Newmann e descolamento do retalho mucoperioste, promovemos o acesso à região apical através de osteotomia, realizada com motor de velocidade convencional sob irrigação constante de soro fisiológico.

Uma vez identificado o ápice radicular, procedemos à remoção da lesão periapical através da curetagem.

A ressecção do ápice radicular foi realizada com inclinação de 45° em relação ao longo eixo radicular e resultou em um bisel voltado para o operador.

Com o auxílio de uma sonda exploradora verificamos a adequada condensação lateral do material obturador de canal, sendo dispensada, então, a obturação retrógrada (Fig. 3).

Tomados os cuidados com a cavidade óssea, realizamos a sutura após o reposicionamento do retalho mucoperioste.

As recomendações pós-operatórias de rotina foram indicadas, assim como a medicação antibiótica e analgésica.

O antibiótico de escolha foi a penicilina: Ampicilina (500 mg) de 6 em 6 horas, via oral, por 10 dias, tendo sido recomendado o início da administração 48 horas antes do procedimento cirúrgico. A medicação analgésica recomendada foi codeína com acetaminofen: Tylex (30 mg) de 4 em 4 horas, na presença de dor.

No pós-operatório de 7 dias observamos melhora da lesão extra-oral e em 21 dias a completa normalidade dos tecidos (Fig. 4).

O controle radiográfico foi realizado em 30, 60, 90, 180 dias e após 12 meses observamos o fechamento da cavidade por neoformação óssea (Fig. 5).

O resultado do exame histopatológico foi de abscesso crônico.

Discussão

O presente trabalho ressalta a importância da realização de um correto diagnóstico para a execução de um adequado tratamento.

Encontramos na literatura que um abscesso pode ser disseminado por diversas vias, sendo escolhida, normalmente, a de menor resistência.

Quando uma lesão com drenagem ativa é encontrada na pele da face e do pescoço, o diagnóstico diferencial deve ser feito com cuidado e diversas patologias devem ser

consideradas. Às vezes é difícil associá-la a uma infecção odonto-gênica, ou por falta de sintomatologia ou pela localização da fístula não estar diretamente associada ao dente em questão.²

A paciente, cujo caso clínico é apresentado, não teve um correto diagnóstico inicial e foi submetida a cirurgias plásticas desnecessariamente e sem sucesso.

Neste trabalho observamos a importância da atuação conjunta de profissionais, visto que a cicatrização completa do abscesso crônico periapical só foi possível com a realização de endodontia e de cirurgia paraendodôntica.

Referências Bibliográficas

1. AL KANDARI, A. M.; AL QUOUD, O.A.; GNANASEKHAR, J. D. Healing of large periapical lesions following nonsurgical endodontic therapy: case report. *Quintessence Int.*, Berlin, v.25, n.2, p.115-119, jan. 1994.
2. GALESKAN, M.R.; SEN, B.H.; OZENEL, M.A. Treatment of extraoral sinus tract from traumatized teeth with apical periodontitis. *Endod. Dent. Traumatol.*, Copenhagen, v.11, n.3, p.115-120, jun. 1995.
3. GUIMARÃES, J. Periapicopatias: diagnóstico diferencial. *Rev. da APCD.*, São Paulo, v. 43, n.5, p. 251-254, set/out. 1989.
4. GRAZIANI, M. *Cirurgia buco-maxilo-facial*. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 618p.
5. IDA, R. D.; GUTMANN, J. L. Importance of anatomic variables endodontic treatment outcomes: case report. *Endod. Dent. Traumatol.*, Copenhagen, v.11, n.4, p.199-203, aug. 1995.
6. KRUGER, G. O. *Cirurgia bucal e maxilo-facial*. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 546p.
7. LEONARDO, M. R.; LEAL, J. L. *Endodontia tratamento de canais radiculares*. 2.ed. São Paulo: Médica-Panamericana, 1991. 594p.

8. PAIVA J. G.; ANTONIAZZI, J. H. **Endodontia: bases para a prática clínica.** 2.ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993. 886p. Cap. 2. Aspectos microbiológicos dos canais radiculares, p.19-36.
9. REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. **Patologia bucal: correlações clínico-patológicas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 391p.
10. SHAFER, W. O. ; HINE, M. R.; LERY, B. M. **Tratado de patologia bucal.** Rio de Janeiro : Interamericana, 1985. 837p.
11. SONIS, S. T. ; FAZIO, R. C. ; FANG, L. **Medicina oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. 491p.
12. YANG, Z.P.; LAI, Y.L. Healing of a sinus tract of periodontal origin. **J. Endod.,** Baltimore, v.18, n..4, p.178-80. Apr.1992.



Fig 2 - Radiografia periapical pré-operatória.

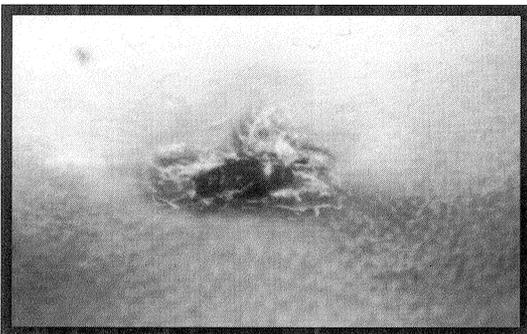


Fig 1 - Fístula Extra-oral.

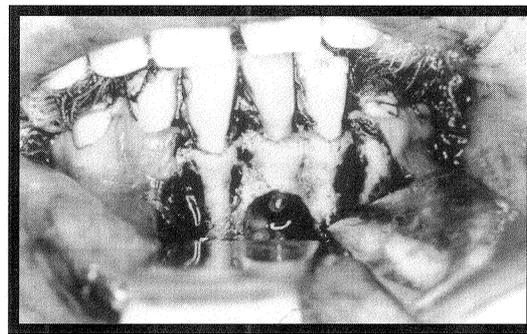


Fig 3 - Aspecto clínico transoperatório.

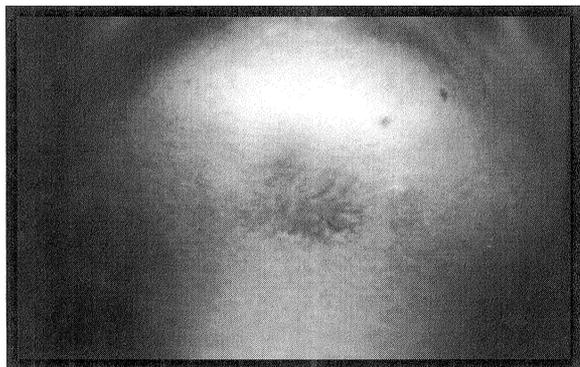


Fig 4 - Aspecto extra-oral pós-operatório de 12 meses.



Fig 5 - Radiografia pós-operatória em 12 meses.