

ABCESSO PERIAPICAL *versus* PERIODONTAL: Diagnóstico diferencial - Revisão de literatura

Periapical Abscess x Periodontal Abscess: Differential Diagnosis - Literature Review

Jéssica Enes Morais Rodrigues¹
Isabela Santana Cangussu¹
Nelson Ferreira de Figueiredo¹

1- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

jessica.enes@hotmail.com.br // endonelson.bhz@gmail.com

RESUMO

Os abscessos periodontais e periapicais podem apresentar manifestações clínicas, sintomatologia dolorosa e localização muito semelhantes. Assim, os profissionais costumam vivenciar dificuldades na diferenciação de suas causas e origens. O presente trabalho tem o objetivo de fazer uma revisão de literatura científica sobre o estabelecimento do diagnóstico correto e seguro destes processos, a fim de contribuir com a elaboração do planejamento para a realização do correto tratamento. Para diferenciar essas lesões, é necessário associar alguns recursos semiotécnicos importantes como história médica e dental, exame radiográfico, sondagem periodontal, testes de vitalidade, palpação, percussão, realizar rastreamento de fístulas quando estiverem presentes e observar a presença de cáries e bolsas periodontais.

Descritores: Abscesso Periodontal. Abscesso Periapical. Diagnóstico Diferencial.

ABSTRACT

Periodontal and periapical abscesses can present clinical manifestations, painful symptoms and similar location. Therefore, professionals often experience difficulties in differentiating the causes and origins. The present study is intended to do a review of scientific literature on defining a correct and accurate diagnosis of these processes in order to contribute to the development of planning for accomplishment of the correct treatment. To differentiate these lesions, it is necessary to associate some clinical important resources such as medical and dental history, radiographs, periodontal probing, vitality tests, palpation, percussion, perform tracking when fistulas are present and observe the presence of caries and periodontal pockets.

Key words: Periodontal Abscess. Periapical Abscess, Diagnosis, Differential.

INTRODUÇÃO

Os abscessos dentários agudos são originados de infecções odontogênicas crônicas como cárie, necrose pulpar, doença periodontal, lesão periapical, pós-operatório cirúrgico, trauma ou após manipulação do canal radicular^{1,2,3,4}, podendo ser classificados de acordo com sua origem e localização como abscessos periapicais (endodônticos) ou abscessos periodontais; e por sua evolução em agudos ou crônicos³.

O abscesso periapical agudo surge como resultado da extensão de uma infecção da polpa para os tecidos periapicais, sendo caracterizado por dor

espontânea e pulsátil (o acúmulo de pus pressiona as estruturas periapicais adjacentes). Pode estar associado à presença de edema e também causar mobilidade dentária. Acaba tornando-se crônico por meio de drenagem via canal, pelo ligamento periodontal ou por via transóssea, se exteriorizando frequentemente através de fístulas^{5,6,7,8}.

O abscesso periodontal agudo pode ser definido como uma coleção purulenta localizada dentro da parede gengival de uma bolsa periodontal, decorrente de processo inflamatório agudo destrutivo. Apresenta

características de dor pulsátil, aumento da mobilidade dentária, tumefação avermelhada, lisa e brilhante. Pode-se tornar crônico quando a via de drenagem é estabelecida através de uma fistula ou pela própria bolsa periodontal^{1,3,9}.

Os abscessos periodontais e periapicais possuem sintomas e sinais clínicos comuns que podem ser confundidos no momento do diagnóstico, que uma vez realizado de forma incorreta, poderá ocasionar dificuldades e mesmo falhas no tratamento de urgência, agravando ou retardando a sequência e execução do planejamento e do tratamento^{1,10}.

O objetivo neste trabalho é fazer uma revisão da literatura científica pertinente, sobre o estabelecimento do diagnóstico correto dos abscessos de origem periodontal e endodôntica, a fim de contribuir com a elaboração do planejamento para a realização do correto tratamento.

REVISÃO DE LITERATURA

Os abscessos são eventos de inflamação aguda, que resultam em dor e aumento do tecido gengival, fazendo parte de situações clínicas de urgência onde o paciente deverá receber cuidados imediatos para alívio da dor, restabelecimento da função e da estética^{3,8}.

As doenças pulpares e periodontais têm sido objeto de estudo há muitos anos, devido à dificuldade em diferenciar suas origens e chegar a um diagnóstico seguro, já que existem várias formas de comunicação entre a polpa e o periodonto, sendo que as principais são a partir do forame apical, furca, túbulos dentinários, canais laterais, secundários e acessórios^{1,11,12}.

Diagnóstico diferencial

Para um adequado diagnóstico diferencial entre as lesões periapicais e periodontais é necessário associar informações coletadas na história clínica, exame clínico e radiográfico. Para isso é de fundamental importância a avaliação dos

sinais e sintomas, resultados dos testes de vitalidade pulpar, palpação e percussão, observar a presença de cáries e bolsas periodontais, e realizar rastreamento de fistulas quando estiverem presentes^{1,3,7,13}.

Sinais e sintomas

Os sinais clínicos nem sempre são critérios de diagnósticos efetivos para diferenciar a lesão periodontal da lesão endodôntica, devido às semelhanças de suas características. A obtenção de informações como a localização, duração, intensidade e frequência da dor são importantes. De modo geral, lesões originadas de doença periodontal são crônicas e generalizadas, com pouca ou nenhuma dor¹³, e quando há dor esta é difusa e irradiada⁷. Já as lesões periapicais são mais associadas à dor¹³, com características pulsátil, constante e localizada⁷. Nos dois tipos de abscessos pode-se observar a presença de edema, sendo que este pode estar associado à mobilidade dentária, que geralmente é mais discreta nos casos de abscessos periapicais e aumentada nos casos de abscessos periodontais, devido à existência prévia da doença periodontal.

Aspectos radiográficos

O exame radiográfico é um importante auxiliar de diagnóstico, e é um dos primeiros exames que devem ser realizados^{13,14}. Dentre as variadas técnicas radiográficas, a radiografia periapical é a de primeira escolha, podendo também ser empregadas as tomadas oclusal e panorâmica, sendo essa última alternativa indicada em casos de pacientes com limitação de abertura bucal⁴. Deve-se observar na imagem a localização e extensão da perda óssea, avaliação da profundidade das restaurações e presença de tratamento endodôntico, quando estiverem presentes¹.

Geralmente nos abscessos periodontais há perda óssea angular se estendendo ao longo da parede radicular em direção ao ápice^{7,13}. Já nos abscessos periapicais, em alguns casos, pode-se observar espessamento apical do espaço

do ligamento periodontal e/ou área de reabsorção óssea no periápice, muitas vezes de difícil delimitação. Em infecções de rápida evolução, os tecidos periapicais podem apresentar-se normais na radiografia, pois não teve tempo suficiente para causar destruição óssea^{7,15}.

Rastreamento de fistulas

O recurso de diagnóstico mais eficiente quando há cronificação dos abscessos é a utilização de cones de guta percha para rastreamento de fístulas ou bolsa periodontal, para determinação da origem da lesão^{3,7}.

Testes de sensibilidade pulpar

Os resultados dos testes de vitalidade pulpar são importantes complementares de diagnóstico entre os abscessos, pois diante de uma resposta positiva podemos cogitar a hipótese de um abscesso periodontal já que a polpa se encontra vital, e frente a uma resposta negativa podemos diagnosticar uma necrose pulpar, conduzindo a uma hipótese diagnóstica de um abscesso periapical. Porém esses dados nem sempre são confiáveis, pois dentes com mais de uma raiz e com necrose em somente um dos canais, influencia o diagnóstico final do teste^{7,13}. Também temos que levar em consideração a combinação de diferentes testes de vitalidade como térmico, elétrico e mecânico, que devem ser realizados para chegar a um diagnóstico mais preciso evitando os resultados falsos-positivos e falsos-negativos¹.

Sondagem periodontal

Com a realização de sondagem, verificamos se há comunicação da lesão com a margem gengival, e quando está associada a sinais de inflamação gengival, fatores retentivos de placa e aumento da profundidade clínica de sondagem, há maior probabilidade de ser uma alteração de origem periodontal¹. Deve ser realizada a sondagem em todas as faces dos dentes com uma sonda de menor diâmetro possível⁷, já que os defeitos de sondagem estreitos e difíceis de serem sondadas são

de origem endodôntica e as largas e fáceis de serem sondadas são de origem periodontal^{1,13}.

Testes de palpação e percussão

Não tem muito valor para o diagnóstico diferencial, pois ambas as lesões causam inflamação ao ligamento periodontal e edemas¹³.

Tratamento

O tratamento das infecções odontogênicas vai depender da fase em que a mesma se encontra, realizando a remoção da causa da lesão, seja por tratamento endodôntico ou terapia periodontal, drenagem, antibioticoterapia ou exodontia^{2,4}. Para que um adequado tratamento seja realizado, é necessário realizar um correto diagnóstico diferencial, melhorando assim o prognóstico¹⁶.

No abscesso periapical na fase aguda inicial, deve-se realizar a abertura do dente para esvaziamento do conteúdo do canal, tentativa de drenagem via canal, colocar medicação intracanal e selamento coronário. No estágio em evolução com presença de edema intraoral duro, a conduta é a mesma que a anterior e é recomendado não incisar e prescrever bochechos com água morna para que surja um ponto de flutuação. Já no estágio evoluído com tumefação mole, deve-se fazer tentativa de drenagem via canal, drenagem da região com uma incisão intra ou extraoral e prescrição de bochechos aquecidos para estimular a drenagem. Sendo que em todos esses casos o tratamento definitivo é o tratamento endodôntico^{8,10}.

No abscesso periodontal, o tratamento emergencial é realizado através de drenagem para alívio da dor, através de uma sondagem ao redor da coroa dental para localização de dentritos e desobstrução da abertura da bolsa através de remoção de corpos estranhos com auxílio de curetas. Se isto não for possível, deve-se fazer uma incisão na mucosa para concluir a drenagem. Após o tratamento emergencial, deve-se realizar a terapia periodontal^{8,9,10}.

Em alguns casos que o paciente apresenta disseminação do processo infeccioso, manifestando sinais de alterações sistêmicas como linfonodos palpáveis, febre, trismo, celulite, dispneia, falta de apetite, entre outros, está indicado o uso de antibiótico, mas sempre coadjuvante com a intervenção clínica. Seu uso também está indicado em pacientes com risco de bacteremia transitória, endocardite bacteriana e comprometimento dos mecanismos de defesa como leucemia, diabetes mellitus descompensada, agranulocitose, leucopenia, AIDS, entre outros, e dependendo da gravidade da infecção e seu estágio de evolução^{2,17,18}.

DISCUSSÃO

O diagnóstico diferencial entre os abscessos periapicais e periodontais deve ser realizado através de associação de uma anamnese sistematizada, exames clínicos e complementares, a fim de estabelecer a origem da lesão, para um correto diagnóstico e tratamento adequado.

Os autores concordam que para realizar um correto diagnóstico é fundamental averiguar a vitalidade da polpa. Se for constatada a falta de vitalidade pulpar (necrose da polpa) em associação com ocorrências clínicas identificadas, podemos confirmar o diagnóstico de abscesso periapical, e o tratamento endodôntico seria o indicado^{7,19}.

O exame radiográfico também é de extrema importância para o diagnóstico e controle destas lesões¹⁹. Com auxílio de cones de guta percha é possível, através do exame radiográfico, realizar o rastreamento de fístulas quando há exteriorização dessas, sendo o recurso mais eficiente para determinar a origem da lesão^{7,3}.

O tratamento dos abscessos depende da fase em que se encontram, sendo realizado através da remoção da causa da lesão. Em casos em que a infecção se encontra evoluída, apresentando manifestações sistêmicas, é necessário o uso de antibióticos

coadjuvante à intervenção clínica. O diagnóstico e o tratamento precoce de infecções são importantes para evitar complicações severas⁴, já que na ausência ou ineficiência do tratamento pode haver complicações como angina de Ludwig, difusão pelo seio cavernoso, obstrução da via aérea, além de disseminação sistêmica através de bacteremia e septicemia².

CONCLUSÕES

Os abscessos periapicais e periodontais apresentam características clínicas semelhantes, sendo necessário realizar um adequado diagnóstico diferencial para evitar tratamentos desnecessários e indevidos.

Para diferenciar essas lesões, é necessário associar alguns recursos semiotécnicos importantes como história médica e dental, exame radiográfico, sondagem periodontal, testes de vitalidade, palpação e percussão.

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. O exame radiográfico é um importante auxiliar de diagnóstico, e o rastreamento com cone de guta percha pode ser decisivo no diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Silvério KG, Rego ROCC, Toledo BEC. Diagnóstico diferencial entre abscesso endodôntico e periodontal. **JBE**. 2002;3(10):251-4.
2. Siqueira SRDT, Siqueira JTT. Infecções odontogênicas agudas: discussão de casos. **BCI**. 2002;9(33):16-20.
3. Rossi GH. Abscesos periodontales y apicales: su diagnóstico diferencial. **Rev Asoc Odontol Argent**. 2002;90(1):48-53.
4. Ricieri CB, Gulinelli, JL, Silva JL, Garcia Junior IR. Infecções odontogênicas e suas complicações. **Rev Odontol Araçatuba**. 2007;28(1):44-8.
5. Campos GM. Processos inflamatórios agudos da polpa e região periapical: minicurso. **Odontol Mod**. 1985;12(4):53-66.
6. Silva PJ, Costa AS, Cavalcante AM. Abscesso dento-alveolar agudo:

- contribuição ao estudo do tratamento clínico e cirúrgico. **Rev Gauch Odontol**. 1989;37(2):97-102.
7. Duarte CA, Lico DA. Diagnóstico diferencial e tratamento dos abscessos periodontal e periapical agudo. **ROBRAC**. 1992;2(1):15-7.
 8. Tortamano IP, Costa CG, Moraes LJ, Borsatti MA, Rocha RG, Tortamano N. As urgências odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. **JBC**. 2004;8(43):78-85.
 9. Duro Júnior AM, Joly JC, Palioto DB, Lima AFM. Abscessos periodontais múltiplos - relato de caso clínico. **JBE**. 2000;1(2):40-4.
 10. Moraes LJ, Melo CB, Galindo VAC, Rocha RG. Resolução das urgências odontológicas: prioridade em um planejamento clínico integrado. **JBC**. 2002;6(34):345-9.
 11. Fagundes CF, Storrer CM, Sousa AM, Deliberador TM, Lopes TR. Lesões endoperiodontais - considerações clínicas e microbiológicas. **RSBO**. 2007;4(2):54-60.
 12. Romagna R, Gomes SC. Lesão endoperiodontal: plausibilidade biológica para o tratamento endodôntico prévio ao periodontal? **Stomatol**. 2007;13(25):113-130.
 13. Fachin EVF, Luisi SB, Borba MG. Relação pulpo-periodontal: considerações histológicas e clínicas. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**. 2001;42(1):9-15.
 14. Guimaraes Junior J. O problema do diagnóstico diferencial das periapicopatias radiolúcidas. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. 1989;43(5):251-4.
 15. Moreira DM. Conduta clínica e terapêutica de abscessos periapicais agudos. (Monografia de Especialização) - Piracicaba: **Universidade Estadual de Campinas**. 2005
 16. Chandrashekar KT, Saxena C. Hopeless to hopeful: a clinical study on management of periodontal abscesso with grade II furcation involvement - endodontic and periodontal interdisciplinary approach: case report. **Rev Clín Pesq Odontol**. 2010;6(1):107-112.
 17. Meneses MM, Côas VR, Umetsubo LS, Valera MC, Pagani C. Antibióticos nas infecções pulpares e periapicais. **JBE**. 2002;3(11):343-9.
 18. Tortamano IP, Horliana ACRT, Costa CG, Romano MM, Soares MS, Rocha RG. Antibioticoterapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder? **Odonto (São Bernardo do Campo)**. 2008;16(32):90-7.
 19. Carvalho MGP, Figueiredo JAPF, Pagliarin CML, Gardin R, Morgental R, Kaizer M. Lesões endodôntico-periodontais: diagnóstico diferencial. **REPEO**. 2005;1(2):1-9.