

# Diagnóstico Diferencial e Tratamento dos Abscessos Periodontal e Periapical Agudo

Cesário Antônio Duarte \*  
Dêlcio Augusto Lico \*\*

Associação Brasileira de Odontologia  
Seção - Goiás  
**BIBLIOTECA**

**SINOPSE.** São feitas considerações clínicas quanto ao diagnóstico e tratamento dos abscessos periodontal e periapical agudo. Discute-se os principais recursos semiotécnicos para o diagnóstico diferencial de ambas as lesões visando o atendimento de emergência do paciente.

**UNITERMOS:** Abscesso, periodontal; Abscesso, periapical; Emergência, periodontal; Emergência, endodôntica.

## Introdução

Os abscessos periodontal e periapical agudo são entidades patológicas que possuem em comum duas características: sintomatologia dolorosa e localização semelhante. Estas condições permitem eventualmente uma falha no diagnóstico, o que certamente induz a um tratamento completamente ineficiente para a resolução do problema. Tendo em vista a importância do diagnóstico diferencial destas lesões, o propósito deste artigo é o de descrever os recursos que se pode utilizar para um diagnóstico seguro, além do tratamento a ser conduzido.

### Abcesso periodontal agudo.

É uma coleção purulenta localizada no periodonto e resultante da obliteração mecânica de uma bolsa periodontal, a qual impede sua drenagem natural. Isto leva a formação de acentuado edema agudo no tecido gengival, cuja manifestação clínica mais importante é a dor. Já nos abscessos gengivais, de menor gravidade, temos a coleção purulenta localizada junto a margem

gengival, papila e gengiva marginal tendo sua etiologia ligada a fatores locais, como partículas que se instalam no sulco gengival. Neste caso a sintomatologia é menos evidente.

A utilização de dispositivos de irrigação, podem induzir o aparecimento de abscessos periodontais, pois a pressão da água pode levar a introdução de bactérias ou corpo estranho nas porções mais profundas da bolsa periodontal.

O abscesso periodontal agudo se forma preferencialmente em bolsas periodontais estreitas profundas e sinuosas, sendo que as áreas de bi e trifurcações são propícias para o desenvolvimento de tal lesão.

### Abcesso periapical agudo

Representa uma fase avançada da pericementite apical aguda em dente com polpa necrosada, resultando em inflamação supurativa extensa. Uma vez a polpa tendo caminhado para a mortificação, temos as alterações dos tecidos periapicais, evoluindo para supuração, constituindo assim o abscesso dento-alveolar.

A drenagem deste abscesso pode ocorrer via canal, através do ligamento e pela via transóssea e desta para o sulco gengival ou bolsa periodontal. Alguns fatores influenciam no tipo de tumefação que irá ocorrer, quais sejam: a localiza-

ção do ápice, inserções musculares e a espessura da cortical óssea. A dor acompanha todo o quadro evolutivo do abscesso de origem endodôntica, diminuindo apenas quando ocorre a flutuação ou somente com a drenagem da coleção purulenta.

## Diagnóstico Diferencial

O enfoque a ser dado, refere-se a lesões de caráter agudo, as quais demandam intervenção imediata do profissional frente ao quadro de dor relatado pelo paciente.

### Aspectos clínicos

Quanto à localização do abscesso, notamos que o periodontal tem sua formação geralmente na altura da porção média da raiz, e com tendência à formação de fistula na área de gengiva inserida, apresenta consistência flácida, superfície lisa e cor avermelhada. Já o abscesso de origem endodôntica, está presente na maioria das vezes na área correspondente ao terço apical das raízes, extremamente sensível à percussão horizontal e palpação.

O quadro algico do abscesso periodontal é difuso e irradiado enquanto o periapical tem dor pulsátil, permanente e localizada. Como a dor é revestida de uma subjetividade por parte do paciente, fica difícil para o dentista se valer deste dado no diagnóstico di-

\* Professor - Doutor de Periodontia da F.O.U.S.P.

\*\* Especialista em Periodontia pela F.D.C.T.O. da F.O.U.S.P.

ferencial.

O teste de vitalidade pulpar tem relativa importância no diagnóstico diferencial pois, frente a uma resposta negativa, podemos denotar a necrose da polpa, associando este fato ao diagnóstico de abscesso periapical. Porém, em dentes com mais de uma raiz a necrose em apenas um dos canais, impede que haja uma segurança na determinação correta da origem da lesão.

A mobilidade dentária pode estar presente nos dois quadros, sendo mais evidente nos casos de perda óssea acentuada, característica típica de bolsas periodontais profundas. O critério de mobilidade pelo fato de ser comum a ambos os abscessos, não pode ser utilizado no diagnóstico diferencial.

Outro detalhe clínico a se somar é a observação dos dentes, quanto à presença de grandes reconstruções dentárias e possíveis cavidades de cáries profundas, levando a eventual comprometimento pulpar.

O critério decisivo para o diagnóstico diferencial destas duas lesões é a sondagem da bolsa periodontal. Esta sondagem deve ser feita nos 360 graus do dente ou dentes contíguos à manifestação aguda. A sonda deve ser de diâmetro o menor possível. Como a bolsa periodontal que originou o abscesso pode ter uma morfologia estreita e sinuosa, a sonda milimetrada devido a sua rigidez pode ser inadequada para o diagnóstico correto. Neste caso, o recurso de diagnóstico clínico mais eficiente é a utilização de cones de guta-percha de diâmetro reduzido. Devido à sua flexibilidade quando implusionado através da fistula ou bolsa periodontal podem se constituir em excelente instrumento para o diagnóstico diferencial (Fig. 1 - A e B).

Vale ressaltar a possibilidade de a lesão periodontal estar associada a uma pulpíte, ou ter evoluído em casos mais severos até o ápice radicular, ou mesmo atingindo áre-

as onde temos a presença de canais laterais ou do assoalho de furca, ocasionando desta forma as alterações características do envolvimento endoperiodontal. Neste caso os sinais típicos do abscesso periodontal, se confundem com os do abscesso periapical, exigindo, em princípio um tratamento endodôntico seguido do periodontal.

### Aspectos radiográficos

Com a tomada radiográfica podemos observar no abscesso periodontal, reabsorção lateral ao longo da parede radicular, e no abscesso periapical, o espessamento da lâmina dura, e lesão circunscrita ao periápice, principalmente em alterações agudizantes de lesões crônicas anteriores. Não é raro no entanto, em casos de infecções de rápida evolução, os tecidos periapicais se mostrarem normais radiograficamente, pois não houve tempo suficiente para a destruição óssea e conseqüente imagem radiolúcida. As radiografias deverão ser utilizadas para a constatação do trajeto fistuloso, quando se utiliza material radiopaco (sonda ou cone de guta-percha) na determinação da fonte geradora do abscesso (figs. 2, 3, 4 e 5).

Por esta técnica, tem sido comum se detectar abscesso periodontal com ponto de flutuação em determinado dente, originado de bolsa periodontal em dente vizinho. Isto se reveste de fundamental importância: há uma tendência em se associar a fistula e o abscesso ao dente sobre o qual está ocorrendo tais manifestações.

### Tratamento

#### Abcesso periodontal agudo

A drenagem do abscesso é a atitude de eleição. Utilizando-se de uma sonda periodontal fina, sondamos

o sulco gengival em toda sua extensão, até encontrarmos a abertura da bolsa periodontal, onde a sonda deverá penetrar ocorrendo então a drenagem do exsudato, que poderá se apresentar purulento ou sanguinolento. É interessante neste momento exercer discreta pressão digital sobre o abscesso a fim de concluir a drenagem. Saliente-se que tal procedimento pode ser feito quase sempre sem anestesia da área. O paciente deve ser orientado para uma fisioterapia domiciliar, onde será recomendado bochechos com soro fisiológico aquecido, a fim de impedir uma recidiva. Na dependência da gravidade da lesão, este bochecho deverá ser feito em intervalos curtos. Caso o paciente seja portador de hipertensão arterial, o sal pode ser substituído por outro tipo de agente revulsivo como produtos à base de malva, sempre em solução aquosa aquecida.

Com relação à antibioticoterapia, a preferência é pela ordem; penicilina, tetraciclina, ou eritromicina, que podem ser administrados via parenteral ou oral. Só deverá se tomar esta atitude frente aos casos de maior gravidade, acompanhados de febre, mal estar e enfartamento ganglionar. Pode-se recomendar analgésicos e antiinflamatórios em especial o ácido acetilsalicílico.

O paciente deve ser reexaminado após 48 horas quando então os sinais e sintomas clínicos terão desaparecidos caso o diagnóstico tenha sido correto.

Uma vez vencido o quadro agudo, estaremos frente a uma lesão inflamatória crônica que deverá seguir o tratamento periodontal indicado.

#### Abcesso periapical agudo

Na tumefação de origem endodôntica, a palpação suave do vestibulo bucal deve ser realizada pelo clínico, com o intuito de se verificar a extensão e consistência



Figura 1-A : Fístula simulando abscesso periapical: O cone de guta-percha demonstra o trajeto da lesão, que emerge (Figura 1-B) Na face palatina do incisivo central superior esquerdo, caracterizando abscesso periodontal.



Figura 2 : Fístula localizada na gengiva inserida simulando abscesso periodontal: colocação de cone de guta-percha para verificação do trajeto da lesão.

da tumefação.

Em tumefações de consistência dura está contra-indicado o procedimento de incisão e drenagem, ao contrário de tumefações moles e flutuantes onde possivelmente teremos exsudato purulento o qual pode ser aliviado em parte pelos procedimentos citados.

No atendimento de emergência deve se realizar a abertura do canal e sua limpeza químico-mecânica e posterior alívio oclusal.

O uso de antibióticos sistêmicos é raramente indicado em caso de vitalidade pulpar (biopulpectomia), a menos que o paciente seja de risco (diabetes, cardiopatia).

Na presença de necrose pulpar e se

realizada a drenagem, pode ser recomendável a antibioticoterapia. O bochecho salino quente é indicado quando se conseguiu a drenagem do abscesso.

Vencida a fase aguda, procede-se ao tratamento endodôntico convencional.

### Conclusão

1 - O diagnóstico das lesões agudas, representadas pelo abscesso periodontal e periapical, deve ser apoiado em exame clínico e radiográfico.

2 - O diagnóstico diferencial pode estar na dependência da detecção da bolsa periodontal.

3 - A utilização clínica de cone de

guta-percha como instrumento radiopaco pode ser uma solução decisiva para o diagnóstico diferencial.

### Summary

Clinical considerations about the diagnosis and treatment of acute periodontal and periapical abscess are made. The main characteristics of these diseases are discussed and the best way of diagnosis are presented.

Key words: Abscess, periodontal; Abscess, endodontic; Emergency, periodontal; Emergency, endodontic.

### Referências Bibliográfica

- 1 - Bergenholtz, G. *Periodontics and endodontics* In: Lindhe, J. *Clinical periodontology*, 2. ed. Copenhagen, Munksgaard, 1989, p. 258 - 281.
- 2 - Carranza Jr., F. A. *Glickman's clinical periodontology* 5. ed. Philadelphia, Saunders, 1979, p. 270-1, 688 - 695.
- 3 - Cohen, S. & Burs, R.C. *Caminhos da Polpa*. 2. ed. Rio de Janeiro,

Guanabara Koogan, 1982, p. 2-25, 26-9, Trad. silvio Bevilaqua.

- 4 - Killoy, W. J. *Treatment of periodontal abscesses*. In: Genco, R. J.; Goldman H. M.; Cohen, D. W. *Contemporary periodontics*, S. Louis, Osby, 1990, p. 475-82.

- 5 - Lascala, N.T.; Moussalli, N.H.; Duarte, C.A. *Alterações agudas gengivais e*

*periodontais*. In: Lascala, N.T.; Moussalli, N.H. *Periodontia Clínica II*. São Paulo, Artes médicas, 1989, p. 352-370.

- 6 - Paiva, J.G.; Antoniazzi J.H. *Endodontia - Bases para a prática clínica*. 2. ed. São Paulo, Artes médicas, 1988, p. 111-145.
- 7 - Schluger, S.; Youdelis, R.A.; Page, R.C. *Periodontal diseases*, Philadelphia, Lea & Febiger, 1977, p. 240-2.



Figura 3 : A radiografia demonstra através do cone, presença de lesão periapical.



Figura 4 : Após o tratamento endodôntico (Fig. 5) ocorre o desaparecimento da fístula, comprovando o diagnóstico.



Figura 5 : Observe após tratamento endodôntico (30 dias), o início da neoformação óssea