



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS VIII – PROFESSORA MARIA DA PENHA - ARARUNA
CENTRO DE CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ELLEN CAROLYNE TEIXEIRA DO NASCIMENTO

**ABCESSO FÊNIX COM FÍSTULA PERSISTENTE EM PRIMEIRO MOLAR
SUPERIOR DIREITO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

**ARARUNA/PB
2022**

ELLEN CAROLYNE TEIXEIRA DO NASCIMENTO

**ABCESSO FÊNIX COM FÍSTULA PERSISTENTE EM PRIMEIRO MOLAR
SUPERIOR DIREITO: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgiã-Dentista.

Área de concentração: Endodontia

Orientadora: Profa. Dra. Liege Helena Freitas Fernandes

**ARARUNA/PB
2022**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244a Nascimento, Ellen Carlyne Teixeira do.

Abscesso fênix com fistula persistente em primeiro molar superior direito [manuscrito] : relato de caso clínico / Ellen Carlyne Teixeira do Nascimento. - 2022.

21 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde, 2022.

"Orientação : Profa. Dra. Liege Helena Freitas Fernandes, Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."

1. Endodontia. 2. Odontologia. 3. Abscesso periapical. I.

Título

21. ed. CDD 617.634 2

ELLEN CAROLYNE TEIXEIRA DO NASCIMENTO

ABSCESSO FÊNIX COM FÍSTULA PERSISTENTE EM PRIMEIRO MOLAR
SUPERIOR DIREITO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito parcial à obtenção do título de
Cirurgiã-Dentista.


Área de concentração: Endodontia

Aprovada em: 18/02/2022.

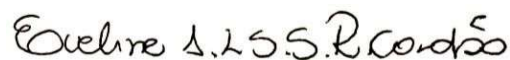
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Liege Helena Freitas Fernandes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Ernani Canuto Figueiredo Junior
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Eveline A. Lira de Souza Sales Rocha
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À Deus, meus amigos e minha família, em especial a minha Mãe, Francisca e, minha irmã, Elany, que com amor, esforço e dedicação, sempre apoiaram meus sonhos, DEDICO.

“Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente
você estará fazendo o impossível ”.

- São Francisco de Assis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Radiografia inicial	13
Figura 2 – Radiografia realizada durante a segunda sessão - Obturação do dente 15	14
Figura 3 – Radiografia realizada durante a terceira sessão - Troca de medicação intracanal do dente 16	15
Figura 4 – Radiografia realizada durante a quarta sessão - Troca de medicação intracanal do dente 16	15
Figura 5 – Radiografia realizada durante a quinta sessão – Obturação do dente 16	16
Figura 6 – Primeira radiografia de controle após quase 2 meses da conclusão do tratamento	17
Figura 7 – Segunda radiografia de controle após 6 meses da conclusão do tratamento	17

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Associação Americana de Endodontia
Ca(OH) ₂	Hidróxido de Cálcio
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRT	Comprimento Real de Trabalho
NaClO	Hipoclorito de Sódio
PMCC	Paramonoclorofenol Canforado
PQM	Preparo-Químico-Mecânico
PUI	Irrigação Ultrassônica Passiva

LISTA DE SÍMBOLOS

% Porcentagem

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. RELATO DE CASO.....	13
2.1. Caracterização e aspectos éticos da pesquisa	13
2.2. Procedimentos clínicos do relato de caso.....	13
3. DISCUSSÃO	17
4. CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS.....	20

ABSCCESSO FÊNIX COM FÍSTULA PERSISTENTE EM PRIMEIRO MOLAR SUPERIOR DIREITO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Ellen Carolyne Teixeira do Nascimento*

RESUMO

Introdução: Os abscessos periapicais são alterações representadas por reações inflamatórias agudas ou crônicas, classificadas de acordo com o tipo de início, intensidade da dor, edema e/ou coleção de pus. Quando o abscesso crônico sofre uma reagudização, ocorre o chamado abscesso fênix, sendo distinguido radiograficamente do abscesso apical agudo por estar relacionado com áreas de rarefação na região apical. **Objetivo:** Relatar um caso clínico de abscesso fênix com fístula persistente enfatizando a técnica e passos operatórios no tratamento, bem como seu acompanhamento clínico e radiográfico no período de 6 meses. **Relato de caso:** Paciente do sexo feminino, 25 anos, compareceu ao consultório queixando-se de intensa dor na região posterior direita de maxila. Durante o exame clínico constatou-se destruição coronária no dente 15 e uma restauração de amálgama classe I possivelmente infiltrada no dente 16, somado a presença de uma fístula nas margens da raiz mesial neste último dente. Ambos os dentes apresentaram ausência de vitalidade pulpar aos testes térmicos e sensibilidade dolorosa à percussão vertical e palpação apical. O exame radiográfico revelou uma lesão apical acometendo o dente 15 e a raiz mesial do 16. O tratamento proposto envolveu o tratamento endodôntico convencional com múltiplas sessões, obtendo-se a regressão da lesão do dente 15 e desaparecimento da fístula do dente 16. **Conclusões:** O presente relato de caso evidencia sucesso clínico e radiográfico, por meio do tratamento endodôntico convencional, destacando a importância da preservação para acompanhar a resposta biológica do tratamento realizado.

Palavras-Chave: Reagudização. Abscesso fênix. Fístula persistente. Medicação intracanal.

* Graduanda do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus VIII. carolnascimnto@gmail.com

PHOENIX ABSCESS WITH PERSISTENT FISTULA IN UPPER RIGHT FIRST MOLAR: CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Periapical abscesses are alterations represented by acute or chronic inflammatory reactions, classified according to the type of onset, pain intensity, edema and/or pus collection. When the chronic abscess suffers a re-aggravation, the so-called phoenix abscess occurs, being radiographically distinguished from the acute apical abscess because it is related to areas of rarefaction in the apical region. **Objective:** To report a clinical case of phoenix abscess with persistent fistula, emphasizing the technique and operative steps in the treatment, as well as its clinical and radiographic follow-up in a period of 6 months. **Case report:** A 25-year-old female patient came to the office complaining of intense pain in the right posterior region of the maxilla. During

the clinical examination, there was coronary destruction in tooth 15 and a class I amalgam restoration possibly infiltrated in tooth 16, in addition to the presence of a fistula in the margins of the mesial root in this last tooth. Both teeth showed absence of pulp vitality on thermal tests and painful sensitivity to vertical percussion and apical palpation. The radiographic examination revealed an apical lesion affecting tooth 15 and the mesial root of tooth 16. The proposed treatment involved conventional endodontic treatment with multiple sessions, resulting in regression of the lesion in tooth 15 and disappearance of the fistula in tooth 16. Conclusions: The present case report evidences clinical and radiographic success, through conventional endodontic treatment, highlighting the importance of follow-up to monitor the biological response of the treatment performed.

Keywords: Re-aggravation. Phoenix abscess. Persistent fistula. Intracanal medication.

1. INTRODUÇÃO

A Endodontia é a especialidade da Odontologia que trata da prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades da polpa e de suas repercussões sobre os tecidos da região periapical (AAE, 2020). Assim sendo, este campo objetiva tornar o sistema de canais radiculares livre do maior número possível de microrganismos e consequentemente de infecções através de meios químicos, físicos e mecânicos, a fim de efetivar a manutenção da funcionalidade da unidade dentária na cavidade oral (DI SANTI *et al.*, 2015; TÜRKER; UZUNOGLU; ASLAN, 2015).

A cárie dentária é um dos principais processos de infecção que, quando negligenciada, admite um fator de risco para a inflamação da polpa, causando dor e disseminação de microrganismos pelo tecido pulpar (STEPHENS, WIEDEMER, KUSHNER, 2018). A ausência de um tratamento adequado, como a remoção da cárie, a execução de protocolos de proteção pulpar e/ou tratamento endodôntico do elemento dental afetado favorecerá a intensificação da inflamação e, consequentemente, provocará uma reação apical, exemplo das periodontites ou abscessos apicais (JANUÁRIO, 2020).

Os abscessos periapicais são alterações representadas por reações inflamatórias agudas ou crônicas, classificadas de acordo com o tipo de início, intensidade da dor, edema e/ou coleção de pus (PAIVA FILHO; COSTA; VIVACQUA, 2017). O abscesso apical agudo consiste em uma resposta inflamatória sintomática do tecido conjuntivo periapical, originada por uma resposta pulpar inflamatória frente a um trauma ou processo de cárie (PELOZZO, 2018). Se o quadro clínico de um abscesso apical agudo não for resolvido, com o tempo se torna um abscesso crônico, caracterizado por um processo supurativo instalado na região do periápice dental, muitas vezes acompanhado de fístula (DEUS, 1992). Quando o abscesso crônico sofre uma reagudização, ocorre o chamado abscesso fênix, sendo distinguido radiograficamente do abscesso apical agudo por estar relacionado com áreas de rarefação na região apical (SOUSA *et al.*, 2019).

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de abscesso fênix enfatizando a técnica e passos operatórios no tratamento, bem como seu acompanhamento clínico e radiográfico no período de 6 meses após o tratamento endodôntico convencional.

2. RELATO DE CASO

2.1. Caracterização e aspectos éticos da pesquisa

O presente trabalho trata-se de um relato de caso de Abscesso Fênix em dente permanente. Para tanto foram seguidas as recomendações e protocolo clínico internacionalmente reconhecido, publicado pela Associação Americana de Endodontia (AAE), que tece considerações sobre os procedimentos de agudização de abscesso crônico no tocante à seleção de casos, consentimento informado, protocolo clínico e proervação (AAE, 2020).

Seguindo as normatizações da Comissão Nacional de ética em Pesquisa (CONEP), presentes na resolução do CNS 196/96, a paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido apresentando concordância e anuência em relação ao tratamento proposto e instituído, assim como autorização a publicação do presente trabalho.

2.2. Procedimentos clínicos do relato de caso

Paciente do sexo feminino, 25 anos, procurou os serviços de uma profissional endodontista queixando-se de odor fétido e bastante dor na região posterior direita de maxila. Durante o exame clínico constatou-se destruição coronária no dente 15, sugestiva de fratura de material restaurador e uma restauração de amálgama classe I possivelmente infiltrada no dente 16, somado a presença de uma fístula nas margens da raiz mesial do primeiro molar superior direito. Ambos os dentes apresentaram ausência de vitalidade pulpar aos testes térmicos e sensibilidade dolorosa à percussão vertical e palpação apical.

O exame radiográfico (Figura 1) revelou uma lesão apical acometendo o dente 15 e a raiz mesial do dente 16, chegando ao diagnóstico de abscesso fênix devido a presença de rarefação apical. Diante desses achados optou-se pelo tratamento endodôntico convencional nos dentes 15 e 16, a fim de eliminar os sintomas e promover o reparo dos tecidos periapicais.

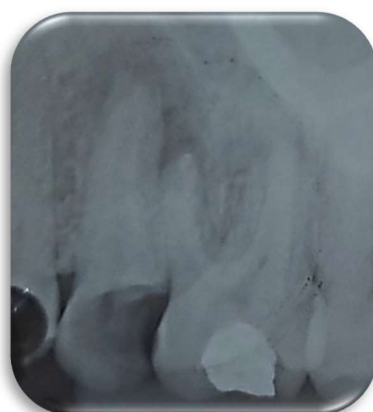


Figura 1 Radiografia inicial.

Seguindo o protocolo recomendado pela Associação Americana de Endodontia em casos como este, foi estabelecido o tratamento dividido em sessões clínicas. Na primeira sessão realizou-se anestesia infiltrativa com cloridrato de articaína 4% com

epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro – RJ, Brasil), seguida da cirurgia de acesso dos dentes 15 e 16 com a broca 1014 HC (FG - Prima Dental by Angelus, Londrina - PR, Brasil) e isolamento absoluto do campo operatório. Na sequência, realizou-se o preparo cervical com a lima 25.05 (Limas Logic, Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) no CAD-3mm e, através dos procedimentos de odontometria eletrônica (Romiapex A-15, Romidan, São Paulo – SP, Brasil), estabeleceu-se o comprimento real de trabalho (CRT), para o dente 15 em 21mm no canal vestibular e 20mm no canal palatino e para o dente 16 estabeleceu-se 18mm para o canal mesio-vestibular, 13mm para o canal distal e 20mm para o canal palatino.

Em seguida, no dente 15 realizou-se a patência com as limas c pilot #10 e #15 (Dentsply Sirona Indústria e Comércio LTDA São Paulo – SP, Brasil) sob irrigação lenta e copiosa com hipoclorito de sódio 2,5% (NaClO) (Asfer Indústria Química, São Caetano do Sul – SP, Brasil) e ativação do mesmo com a lima easy clean (Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) para desinfecção do canal radicular e preparo químico mecânico (PQM) até as limas 35.05 (Limas Logic, Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) em ambos os condutos, ademais, utilizou-se a pasta de hidróxido de cálcio (UltraCal™XS, Ultradente, Indaiatuba – SP, Brasil) como medicação intracanal nos dois condutos e cimento de ionômero de vidro (CIV) (Ionofast, Biodinâmica, Ibiporã – PR, Brasil) como selamento provisório.

Durante a primeira sessão, após patência, o dente 16 foi submetido a irrigação e ativação do NaClO 2,5% (Asfer Indústria Química, São Caetano do Sul – SP, Brasil) com a lima easy clean (Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) e instrumentado até 35.05 nos canais mesio-vestibular e distal e até 40.05 no canal palatino (Limas Logic, Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil). Por fim, utilizou-se a pasta de hidróxido de cálcio (UltraCal™XS, Ultradente, Indaiatuba – SP, Brasil) como medicação intracanal e CIV (Ionofast, Biodinâmica, Ibiporã – PR, Brasil) como selamento provisório.

Passados 15 dias, na segunda sessão, o dente 15 não apresentava sintomatologia, desse modo, após anestesia infiltrativa com cloridrato de articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro – RJ, Brasil), isolamento absoluto, remoção de selamento coronário e medicação intracanal com broca 1014HC (FG - Prima Dental by Angelus, Londrina - PR, Brasil), realizou-se a recapitulação do PQM, ativação do NaClO 2,5% (Asfer Indústria Química, São Caetano do Sul – SP, Brasil) com irrigação ultrassônica passiva (PUI) (Insero irrisonic, Helse Ultrasonic, São Paulo – SP, Brasil) e obturação dos canais radiculares com guta-percha (ODOUS DE DEUS, Belo Horizonte – MG Brasil) e cimento obturador (Sealer Plus, MkLife, Porto Alegre – RS, Brasil) utilizando a técnica de cone único. Posteriormente, foi realizada a blindagem com resina flow (Resina Opallis, FGM, Rio de Janeiro – RJ, Brasil) e resina de carga (Resina Filtek Z250, 3M, Sumaré – SP, Brasil) (Figura 2).



Figura 2 Radiografia realizada durante a segunda sessão - Obturação do dente 15.

A paciente relatou sintomatologia no dente 16, além de persistência de odor fétido, nessa segunda sessão, desse modo, realizou-se a reinstrumentação dos canais, descoberta e instrumentação do segundo canal mesio-vestibular de 17mm até a lima 30.05 (Limas Logic, Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) e ativação do NaClO 2,5% com a lima easy clean (Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) e a PUI (Inserto irrisonic, Helse Ultrasonic, São Paulo – SP, Brasil), para aumentar o fluxo de difusão da solução irrigadora pelo complexo dos canais, uma vez que a fístula persistente na raiz mesial no início do tratamento ainda permanecia. Na sequência, utilizou-se a pasta de hidróxido de cálcio (UltraCal™XS, Ultradente, Indaiatuba – SP, Brasil) como medicação intracanal em todos os condutos e CIV (Ionofast, Biodinâmica, Ibiporã – PR, Brasil) como selamento provisório.

A paciente compareceu após 12 dias para a terceira sessão, onde a fístula preexistente na raiz mesial do dente 16 no início do tratamento persistia. Embora a paciente não sentisse dor, repetiu-se os passos da sessão anterior e posteriormente realizou-se novamente a irrigação e ativação do NaClO 2,5% com a lima easy clean (Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) e a PUI (Inserto irrisonic, Helse Ultrasonic, São Paulo – SP, Brasil) no dente, assim como a troca da medicação, utilizando desta vez a pasta Calen com PMCC (SS White Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) (Figura. 3).



Figura 3 Radiografia realizada durante a terceira sessão - Troca de medicação intracanal do dente 16.

Passados 24 dias a paciente retornou para a troca de medicação do primeiro molar em questão e inserção da pasta Calen PMCC (SS White Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) novamente como medicamento intracanal (Figura 4).



Figura 4 Radiografia realizada durante a quarta sessão - Troca de medicação intracanal do dente 16.

Três semanas após a quarta consulta, a paciente retornou para quinta sessão. O dente 16 permanecia com uma fenestração passível a sondagem, desse modo, a paciente foi informada que se durante a proervação, a lesão não regredisse, iria ser necessário fazer uma cirurgia parendodôntica, pois suspeitava-se de biofilme de lesão extrarradicular.

Na quinta sessão foi realizada a anestesia infiltrativa com cloridrato de articaína 4% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro – RJ, Brasil), isolamento absoluto, remoção de selamento coronário com a broca 1014 HC (FG - Prima Dental by Angelus, Londrina - PR, Brasil) e medicação intracanal. Na sequência, realizou-se a reinstrumentação nesses condutos com as limas memórias, sob irrigação lenta e copiosa com hipoclorito de sódio 2,5% (Asfer Indústria Química, São Caetano do Sul – SP, Brasil), utilizando a lima easy clean (Easy™, Belo Horizonte – MG, Brasil) e a PUI (Insero irrisonic, Helse Ultrasonic, São Paulo – SP, Brasil) para ativação.

Por fim, foi realizada a obturação dos canais radiculares utilizando a técnica de cone único com guta-percha (ODOUS DE DEUS, Belo Horizonte – MG Brasil) e cimento obturador (Sealer Plus, MkLife, Porto Alegre – RS, Brasil), seguido de blindagem com resina flow (Resina Opallis, FGM, Rio de Janeiro – RJ, Brasil) e resina de carga (Resina Filtek Z250, 3M, Sumaré – SP, Brasil) (Figura 5).



Figura 5 Radiografia realizada durante a quinta sessão - Obturação do dente 16.

Após quase dois meses a paciente retornou para a consulta de proervação (Figura 6), onde constatou-se na radiografia a regressão da lesão do dente 15 e desaparecimento da fístula do dente 16. Desse modo, o primeiro molar superior direito foi reabilitado com restauração, enquanto o segundo pré-molar superior direito foi reabilitado com pino e coroa logo após a conclusão do tratamento endodôntico.



Figura 6 Radiografia de controle após quase 2 meses da conclusão do tratamento.

Durante a segunda consulta de controle, após 6 meses da conclusão do tratamento, na radiografia constatou-se o contínuo sucesso do tratamento endodôntico realizado. Logo, em razão da regressão da lesão, a cirurgia pararendodôntica não será necessária. No entanto, o acompanhamento clínico e radiográfico será realizado durante o período de 1 ano e postergado se necessário.



Figura 7 Segunda radiografia de controle após 6 meses da conclusão do tratamento.

3. DISCUSSÃO

As patologias pulpares são consequências de ações de agentes etiológicos de origem biológica, física e química (LAMEGO, 2019), logo, determinar a etiologia da queixa do paciente e a necessidade de um correto diagnóstico são essenciais previamente a recomendação de um tratamento endodôntico.

O diagnóstico rápido e correto, sobretudo em casos de urgências, é essencial para a escolha da melhor conduta a seguir com tratamento endodôntico, o qual objetiva aliviar a dor e controlar qualquer inflamação ou infecção que possa estar presente (STEPHENS; WIEDEMER; KUSHNER, 2018). No caso em questão, após

as informações coletadas, chegou-se ao diagnóstico de abscesso fênix e fístula persistente, onde realizou-se o tratamento endodôntico convencional e cogitou-se um procedimento mais invasivo, como a cirurgia pararendodôntica, devido a presença da fístula persistente, no entanto, não foi necessário devido a regressão da lesão após a conclusão do tratamento.

De acordo com Alghamdi e Marwa (2020), é necessário remover todos os tecidos pulpares, resíduos dentinários e microrganismos viáveis do sistema de canais radiculares durante o tratamento endodôntico. Uma vez que as bactérias e seus subprodutos são os fatores causadores da inflamação pulpar e periradicular. Os autores ainda acrescentam que a falha em os eliminar de forma eficaz pode levar à inflamação persistente e ao comprometimento da cicatrização.

Dentre as patologias periapicais, o abscesso periapical crônico caracteriza-se como uma área de supuração circunscrita, assintomático, de evolução lenta e, ocasionalmente, detectada pelo exame radiográfico de rotina (PELOZZO, 2018). Evidências científicas mostram que um estímulo do meio pode agudizar o abscesso crônico, causando sintomatologia ao paciente, sendo necessário intervenção endodôntica imediata (JANUÁRIO, 2020).

Estrela (2004) relata que as principais causas de agudização do abscesso periapical crônico são a baixa de resistência do usuário e/ou presença de processo carioso. No caso em questão, as restaurações insatisfatórias geraram a cárie recorrente que podem ter levado a agudização do abscesso crônico no decorrer do tempo.

O tratamento local do abscesso periapical crônico agudizado se caracteriza pela neutralização do conteúdo séptico-necrótico do canal radicular com o uso de instrumentos endodônticos e solução irrigadora (em terços), drenagem via canal (se necessário), curativo de demora, selamento do dente com cimento restaurador provisório e se não houver fístula e o edema estiver localizado pode ser preciso a realização da drenagem cirúrgica (BIZ, 2013). O relato exposto seguiu o protocolo em questão, desde a neutralização do conteúdo séptico-necrótico até o selamento provisório.

As medicações intracanaís possuem o importante papel de eliminar os microrganismos que, de certo modo, persistem no sistema de canais radiculares mesmo após o PQM (LEMOS *et al.*, 2015). O hidróxido de cálcio (Ca(OH)_2) tem sido amplamente utilizado como medicamento intracanal devido às suas propriedades bactericidas, ação anti-inflamatória e seu alto pH de cerca de 12,5, que tem o efeito destrutivo nas membranas celulares e estruturas proteicas (VASUDEVA, 2017).

O hidróxido de cálcio pode ser associado a outras substâncias como, solução salina, água destilada e paramonoclorofenol canforado (PMCC) (CERQUEIRA, 2017). No entanto, apesar do sucesso do Ca(OH)_2 , várias espécies microbianas, incluindo *Enterococcus faecalis*, são relatadas como resistentes aos seus efeitos (LEMOS *et al.*, 2015). No caso apresentado, o Ca(OH)_2 foi usado durante todas as sessões sob diferentes veículos.

A associação do Ca(OH)_2 com o PMCC é indicada com o objetivo de diminuir a toxicidade e aumentar o poder antimicrobiano do hidróxido de cálcio (CERQUEIRA, 2017). Desse modo, existe disponível no mercado para uso imediato a pasta comercial da combinação dessas substâncias, o Calen PMCC (SS White Artigos Dentários Ltda, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) (LIMA, 2016). No relato clínico, a pasta foi utilizada nas terceira e quarta sessões como medicação intracanal no primeiro molar superior direito com o intuito de potencializar a eliminação microbiana.

Vasudeva (2017) afirma que trocas periódicas de medicação intracanal são necessárias para melhorar a ação benéfica dos medicamentos e estimular a regressão da lesão periapical. Para alcançar o efeito desejável, o cirurgião-dentista deve-se manter firme na conduta de trocas de medicação por longos períodos (CERQUEIRA, 2017). No caso apresentado, as trocas sucessivas da medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio inicialmente e posteriormente quando associada ao PMCC potencializou o tratamento endodôntico e contribuiu para a regressão da lesão periapical, não necessitando de uma intervenção cirúrgica.

Nesse sentido, a irrigação dos canais também é um fator que acompanha o protocolo endodôntico em todas as etapas. Entretanto, esse recurso não é tão eficaz no terço apical e em áreas de istmos, deixando áreas intocadas pelo líquido irrigador, o que prejudica o prognóstico do tratamento (SIMÃO; SILVA, 2019).

Devido às limitações da irrigação convencional, novos métodos de irrigação foram desenvolvidos, para promover maior alcance da irrigação. Atualmente, a Irrigação Ultrassônica Passiva (PUI) e o uso de dispositivo como o Easy Clean são técnicas bastantes empregadas para melhorar o fluxo da irrigação (KATO *et al.*, 2016).

De acordo com Simão e Silva (2019), a PUI utiliza a ponta ultrassônica para ativação da solução irrigadora, promovendo vibrações, agitando a solução no canal, a qual resulta em uma limpeza maior. Enquanto, no Easy Clean, uma ponta de plástico acoplada a um sistema rotatório promove maior limpeza das paredes do sistema de canais radiculares através da agitação mecânica das substâncias químicas, principalmente no terço apical (KATO *et al.*, 2016). Desse modo, no caso apresentado foi utilizado ambas as técnicas para promover a irrigação mais eficiente possível.

Santos Junior *et al.* (2019) afirma que o tratamento endodôntico não termina com a obturação do sistema de canais radiculares, uma vez que o controle clínico e radiográfico é extremamente importante para a longevidade da terapia. Na sequência, a Sociedade Europeia de Endodontia (2006) sugere que as radiografias de controle sejam feitas por pelo menos 1 ano após o término do tratamento endodôntico e que radiografias subsequentes sejam feitas, se necessário. No entanto, a preservação clínica e radiográfica deve ser incentivada pelo profissional pelo período de 2 a 4 anos (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2019). Até o momento, foram realizadas duas consultas de preservação, as quais irão prosseguir pelo período de 1-2 anos e estendido por um período de tempo maior se necessário.

São critérios clínicos de sucesso na terapia endodôntica a ausência de sintomatologia dolorosa espontânea e provocada, selamento hermético, elemento dentário reabilitado na função mastigatória e o reparo dos tecidos apical e periapical (URABA *et al.*, 2016). Quando ocorre falha, ela está intimamente relacionada à persistência de microrganismos após obturação endodôntica e/ou infecção devido à falta de selamento coronário (MULIYAR *et al.*, 2014). O relato demonstra sucesso clínico-radiográfico e ausência de selamento coronário deficiente.

De acordo com Khan *et al.* (2019), se durante uma consulta de controle for constatado insucesso no tratamento endodôntico ou qualquer alteração, o retratamento endodôntico é indicado. No entanto, em casos de grandes lesões periapicais, fístulas persistentes ou quando ocorre a continuidade da infecção intrarradicular para os tecidos perirradiculares, o tratamento endodôntico convencional pode se tornar ineficiente, sendo necessário o procedimento cirúrgico, pois a colonização dessas bactérias forma um biofilme extrarradicular, composto por um misto de bactérias selecionadas e com alto poder de virulência (ANDRADE, 2019).

A cirurgia parendodôntica tem como objetivo remover a lesão apical presente, permitir a ressecção do ápice radicular, eliminar microrganismos e zonas de

imperfeições que circundam a raiz dentária e conseqüentemente afeta o reparo fisiológico (FIGUEIREDO; SILVA NETO, 2019). Por vezes, tal procedimento é visto como uma forma de terapia coadjuvante aos tratamentos endodônticos via canal, de modo que amplia o índice de sucesso destes e permite a manutenção dos dentes (CARLESSO; SANTOS, 2019). No caso em questão, a complementação cirúrgica chegou a ser um protocolo proposto devido a fístula persistente e a suposta presença de biofilme extrarradicular, no entanto, nas consultas de proervação, foi possível notar a sua regressão, não sendo necessário o procedimento mais invasivo.

Diante do exposto na literatura, a opção de tratamento para o caso apresentado suporta duas das principais considerações quando se trata de tratamento endodôntico, o mais conservador possível, concomitantemente, apresenta efetividade quanto a resolução do processo patológico (MULIYAR *et al.*, 2014).

4. CONCLUSÃO

A partir da análise do caso, constatou-se que, após 6 meses da realização do tratamento endodôntico dos dentes 15 e 16, ocorreu a resolução de um caso de abscesso fênix com fístula persistente no primeiro molar superior direito, com regressão da lesão e ausência de sintomatologia clínica, considerando sucesso clínico e radiográfico, por meio do tratamento endodôntico convencional. Destacando-se, assim, a importância da proervação dos casos para acompanhar a resposta biológica do tratamento realizado.

REFERÊNCIAS

ALGHAMDI, F., MARWA S. The Influence of Enterococcus faecalis as a Dental Root Canal Pathogen on Endodontic Treatment: A Systematic Review. **Cureus**, Stanford, v. 12, n.3 p. 7257, 2020.

AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS (AAE), 2020. **Glossary of Endodontic Terms**. Chicago, 2020.

BIZ, M. T.. Dor de Origem Endodôntica. Eventos Agudos na Atenção Básica.: **UNASUS-UFSC Ed. 1**, Florianópolis, v.1, p. 1-34, 2013,

CARLESSO F., SANTOS V. S. **Cirurgia parendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Rio Grande do Sul, 2019.

CERQUEIRA, L. S. S. Medicação Intracanal: uma revisão de literatura. **Rev. Ciência Atual**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 02-08, 2017.

DEUS, Quintiliano Diniz. **Endodontia. 5. ed.** Rio de Janeiro: Medsi,1992.

DI SANTI, B. T. *et al.* Avaliação da suscetibilidade antimicrobiana de bactérias anaeróbias facultativas isoladas de canais radiculares de dentes com insucesso

endodôntico frente aos antibióticos de uso sistêmico. **Rev. Odontol UNESP**, São Paulo, p.200-206, 2015.

ESTRELA, C. Diagnóstico das alterações da polpa dentária. **Ciência Endodôntica**. Ed. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology **International Endo Journal**, Budapeste v. 39, p.921-930, 2006.

FIGUEIREDO, A. C.; SILVA NETO, J. D. da. Cirurgia parendodôntica. **Repositório UninCor**, Belo Horizonte, v. 11, n.2, p. 12-32, 2019.

JANUÁRIO, M. V. S. *et al.* Abordagem odontológica dos processos infecciosos purulentos maxilo faciais. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 2, p. 523-548, 2020.

KATO A. S., *et al.* Investigation of the Efficacy of Passive Ultrasonic Irrigation Versus Irrigation with Reciprocating Activation: An Environmental Scanning Electron Microscopic Study. **Journal of Endodontics**, New York, v. 42, n. 4, p. 659-663, 2016.

KHAN, A. M., *et al.* Factors affecting the success of endodontic treatment (surgical or nonsurgical): a brief review. **International Journal of Medicine in Developing Countries**, Dublin, v. 3, n. 9, p. 730-733, 2019.

LAMEGO, C. S. B. **Tratamento endodôntico em pré-molar inferior com três condutos radiculares**: Relato De Caso Clínico. 2019. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) da Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Bahia, 2019.

LEMO, M. G., *et al.* Eficácia do hidróxido de cálcio associado a veículos medicamentosos no combate ao *Enterococcus faecalis* no interior do canal radicular: uma revisão de literatura. **Rev. Odontol. Univ.**, São Paulo, v.27, n.2, p.135-11, 2015.

LIMA, A. A. **Retratamento endodôntico associado a curetagem apical**: relato clínico de uma alternativa conservadora. 2016. 27f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) da Universidade Estadual da Paraíba, Araruna, 2016.

MULIYAR, S., *et al.* "Microleakage in endodontics." **Journal of international oral health**, Índia, v. 6, n. 6, p. 99-104, 2014.

PAIVA FILHO, J. H.; COSTA, F. M. S.; VIVACQUA, F. D. Tratamento de abscesso periapical crônico com posterior curetagem de fistula – Relato de caso. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica (EEDIC)**, Quixadá, v. 3, n. 1, 2017.

PELOZZO, A.D. **Abscessos endodônticos crônicos**. 2018. 37 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) Faculdade Sete Lagoas, Sete Lagoas, 2018.

SANTOS JUNIOR, A. O. *et al.* "Success or failure of endodontic treatments: A retrospective study." **Journal of conservative dentistry**, India, v. 22, n. 2, p. 129-132, 2019.

SIMÃO, C. G., SILVA, G. P. **Métodos Alternativos Para Potencialização Da Irrigação E Limpeza Dos Canais Radiculares**: Revisão De Literatura. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Odontologia) da Universidade de Uberaba, Uberaba, 2019.

SOUSA C. W., *et al.* Tratamento proposto para paciente portador de fístula cutânea resultante de cisto radicular: relato de caso. **Rev. Odontol. Univ. Cid.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 95-105, 2019.

STEPHENS, M. B, WIEDEMER, J. P.; KUSHNER, George M. Dental problems in primary care. **American family physician**, v. 98, n. 11, p. 654-660, 2018.

TÜRKER S. A., UZUNOGLU E., ASLAN M.H. Evaluation of apically extruded bacteria associated with different nickeltitanium systems. **Journal of Endodontics**, New York, v. 41, n. 6, p. 953–955, 2015.

URABA S, *et al.* Ability of cone-beam computed tomography to detect periapical lesions that were not detected by periapical radiography: A retrospective assessment according to tooth group. **Journal of Endodontics**, New York, v. 42, n. 8, p. 1186–90, 2016.

VASUDEVA, A. *et al.* “Disinfection of dentinal tubules with 2% Chlorhexidine gel, Calcium hydroxide and herbal intracanal medicaments against *Enterococcus faecalis*: An in-vitro study.” **Singapore dental journal**, Singapura, v. 38, p. 39-44, 2017.

AGRADECIMENTOS

“Sonho que se sonha só/ É só um sonho que se sonha só/ Mas sonho que se sonha junto é realidade.” Os versos entoados pelo grande Raul Seixas sempre tiveram um significado especial para mim, hoje mais do que nunca.

Durante esse percurso aprendi que o mundo nem sempre nos acolhe de braços abertos. Encontrei muitas pedras e obstáculos no caminho e sem pessoas especiais ao meu lado eu não conseguiria enfrentá-los.

À Deus, agradeço primeiramente pelo dom da vida e por sempre se fazer presente, demonstrando todo o seu amor e zelo por mim.

À minha mãe, Francisca, agradeço por ter me gerado, educado e me ensinado as diretrizes da vida. Mesmo de longe seu amor foi combustível para os dias difíceis. Sou grata por sempre me apoiar e fazer o melhor por mim. Te amo demais.

Ao meu pai, Evandro, agradeço por sempre mostrar que a educação era o caminho, essa conquista é nossa. Te amo.

À minha irmã, Camyla, agradeço por me apoiar desde o início e por ser uma segunda mãe para mim. Sem seu incentivo, cuidado e amor eu não teria forças para enfrentar essa batalha. Essa vitória é tão minha quanto sua. Te amo.

Ao meu cunhado, Augusto, agradeço por juntamente com minha irmã, fazerem o possível (e o impossível) para a concretização desse sonho.

À minha avó, Geraldina, *in memoriam*, agradeço por todo amor dado. Sei o quanto adoraria comemorar essa conquista ao meu lado, mas acredito que esteja comemorando do céu. Te amo infinitamente. Eternas saudades.

À minha melhor amiga, Deyse, agradeço por mesmo distante se fazer tão presente em minha vida. Seus conselhos e incentivos foram essenciais para essa conquista.

À Rafael, agradeço por ter caminhado lado a lado comigo e por amenizar a saudade de casa. Você foi minha calma durante esse percurso.

Aos meus amigos “Canguinhas” (apelido carinhoso), Chiara, Joab, Mirelly, Gabriele e Mariana, agradeço por me acolherem e tornarem esse percurso mais leve, sobretudo na reta final. As nossas reuniões sempre serão lembradas.

Aos meus demais familiares e amigos, agradeço por acreditarem em mim e me incentivarem nessa caminhada, sem vocês tudo seria mais difícil. Essa conquista é nossa.

À minha orientadora, Liege, agradeço por ter aceitado tal cargo, por toda paciência e excelência durante a escrita deste trabalho. A admiro muito como pessoa e profissional.

À banca examinadora que compõe a avaliação desse trabalho, os professores Ernani e Eveline, agradeço por terem aceitado o convite, me sinto honrada.

Ao Centro de Ciências, Tecnologia e Saúde (CCTS) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e todos que a compõem, agradeço pelo acolhimento e por ter sido meu segundo lar desde novembro de 2016.

Encerro meus agradecimentos com a seguinte mensagem: “Alguns de nós estão construindo do zero. Sem herança, sem favores, sem parentes ricos, sem conexões. Apenas sangue, suor e muita habilidade.” Autor desconhecido. Eu, Ellen Carolyne Teixeira do Nascimento sou exemplo disso, pois sou a primeira cirurgiã-dentista da família Teixeira Nascimento.