

ABCESSO APICAL AGUDO: TRATAMENTO DE EMERGÊNCIA

Luís Miguel Pires Lopes*

RESUMO

O autor discute várias filosofias de tratamento de emergência do abscesso apical agudo, preconizando a conduta a seguir nestes casos: drenagem transradicular imediata, minuciosa preparação químico-mecânica dos canais, coadjuvada por incisão e drenagem dos tecidos moles nas situações mais alarmantes, encerramento do acesso pulpar, controle da dor e da infecção loco-regional.

PALAVRAS-CHAVE

Abcesso apical agudo.

INTRODUÇÃO

Uma das funções mais importantes de qualquer clínico é a de aliviar rápida e eficazmen-

te o seu paciente da dor. O abscesso apical agudo (A.A.A.) sendo uma das situações frequentes e mais dolorosas em Medicina Dentária requer pois a nossa atenção.

Em oposição às solicitações mais vulgares dos pacientes para extrair de imediato o dente, o clínico deve conseguir eliminar a dor e a infecção, e ao mesmo tempo conservar o dente.

Vários métodos de tratamento de emergência em dentes com A.A.A. têm sido sugeridos, dividindo-se os autores em atitudes terapêuticas que consideramos de grande importância: trepanar o dente deixando o acesso aberto entre sessões, ou fechá-lo; fazer a instrumentação completa do canal; haverá indicações para ultrapassar o apex.

A diversidade de filosofias de tratamento de dentes com A.A.A. parece-nos pois indicar que esta situação clínica não tem ainda uma resolução terapêutica unânime, justificando-se este pequeno trabalho de revisão.

* Médico Dentista.

TIPOS DE TRATAMENTO DO ABCESSO APICAL AGUDO

A terapêutica utilizada no tratamento de emergência do A.A.A pode ser resumida aos seguintes actos isolados ou associados:

1. Preparação do acesso coronário, remoção parcial ou total do tecido necrótico que se encontra no canal radicular e drenagem transradicular durante período variável.
2. preparação e desbridamento do canal.
3. Alargamento da constrição apical com lima.
4. Incisão ao nível da tumefacção.
5. Ajuste oclusal.
6. Colheita do exsudado para exame cultural e antibiograma.
7. Prescrição de antibióticos.
8. Prescrição de analgésicos.

DISCUSSÃO

No passado o tratamento dos dentes com A.A.A. consistia quase que invariavelmente na extracção. Actualmente, o clínico ao remover os restos necróticos, ao preparar e desinfecar os canais pulpares, remove a fonte de todos os irritantes tóxicos, permitindo a resolução do processo infeccioso sem a perda do dente implicado (1). Parece-nos pois que a preparação químico-mecânica do sistema canalicular dos dentes afectados, é de primordial importância nestas situações.

Realizada esta etapa, e segundo opinião clínica generalizada deveriam os dentes ficar abertos para mais facilmente drenarem, concepção que nos parece discutível (2,3,4). Os pacientes poderão obter um alívio imediato, mas a invasão dos canais expostos, pela saliva, restos alimentares e microorganismos da flora oral, leva à colonização desnecessária destes e a uma maior irritação periapical com

aumento das áreas de patologia periapical (5). Além disso os perigos de exacerbação se se fechar o dente, são francamente reduzidos se nas 24 horas após a primeira consulta o dente for novamente aberto, irrigados os canais abundantemente com hipoclorito de sódio, secados estes e fechado o dente (6). mesmo em situações agudas, o dente pode ficar fechado logo na primeira consulta, desde que haja a possibilidade de preparar o acesso, fazer a preparação químico-mecânica do canal, permitir a drenagem e secar o canal. Caso isso não seja possível, então há sempre que abrir o dente para drenar (7).

A idéia ainda aceite por muitos clínicos que na primeira consulta a instrumentação dos canais se deveria limitar ao 1/3 coronário para evitar forçar restos necrosados e microorganismos para além do foramen apical, e de colocar medicamentos na entrada do canal que neutralizem ou esterilizem os detritos restantes, está posta em causa. Trabalhos recentes demonstram que esta técnica de "pré-medicação" não diminui os riscos de exacerbação aguda, aconselhando pelo contrário o desbridamento e a preparação do canal logo na consulta de emergência, de modo a colocá-lo estéril (8).

O facto de se instrumentar para além do apex ou deliberadamente alargar o foramen apical para permitir a drenagem, pode também ser questionado. Para além de muitas vezes não se obter o resultado pretendido, pode-se apontar duas desvantagens graves: uma é a de se forçar material necrosado e infectado para o tecido periapical através do foramen, podendo-se exacerbar uma situação já aguda; outra é, a de ao destruirmos a integridade da constrição apical comprometermos o sucesso da obturação do canal (9).

A incisão ao nível dos tecidos moles da tumefacção deve ser feita sempre que não se consiga drenagem transradicular, ou quando a tumefacção é difusa, tem grandes propor-

ções ou haja flutuação, sendo nestes casos desejável obter drenagem suplementar (10).

O ajuste oclusal dos dentes responsáveis pelo A.A.A. deve ser feito, pois o processo inflamatório ao nível do ligamento periodontal vulgarmente origina ligeira extrusão destes dentes, apresentando os mesmos dor a pressão e percussão.

A prescrição de antibióticos por si só, é insuficiente para a resolução da maioria dos A.A.A.. A localização do abscesso no osso com uma vascularização terminal, bem como a própria natureza do processo, colecção purulenta, tornam os antibióticos muitas vezes ineficazes, sendo por isso indispensável estabelecer-se a drenagem. Bence advoga o uso de antibióticos unicamente no caso do paciente estar febril e não haver drenagem ou se a história médica, o estado geral, o grau de difusão do abscesso e virulência dos microorganismos causais, o aconselharem (11). O antibiograma embora muito importante, é um exame com resposta tardia, devendo entretanto o clínico manter contacto com o paciente para avaliar a evolução da infecção.

A prescrição de analgésicos depende do caso clínico, devendo ser utilizados se se prevê que as dores se prolongarão durante mais algumas horas após a instrumentação (12).

CONCLUSÃO

Em nosso entender o êxito do tratamento do A.A.A. depende de vários factores sendo primordial a actuação no primeiro contacto com o doente. Assim preconizamos na primeira consulta:

1. Promover a drenagem do abscesso através do canal coronário, e instrumentação completa com desbridamento do canal pulpar até ao foramen apical, sempre que possível.
2. Evitar a instrumentação para além do apex.
3. Procurar obturar o acesso coronário, deixando o canal pulpar ao abrigo do meio bucal, sempre que no final da instrumentação e irrigação se constate que o canal fica seco. A manutenção do canal aberto para o exterior deve ser actualmente considerado como uma excepção, e feita unicamente se não houver alternativa satisfatória.
4. Completar o tratamento endodôntico por incisão e drenagem sempre que não se tenha conseguido drenagem transradicular efectiva e/ou em casos em que a tumefacção se manifeste difusa, de grandes proporções ou evidencie flutuação.
5. Desgaste oclusal.
6. Prescrever antibióticos sempre que o paciente esteja febril e não haja a certeza de se ter promovido eficazmente a drenagem. Em todas as situações o clínico deverá ter em atenção a história médica e o estado geral do paciente, grau de difusão do abscesso e virulência dos microorganismos ao optar ou não pelo uso de antibióticos.
7. Prescrever analgésicos consoante a sintomatologia.
8. Rever o paciente dentro das 24 horas que se seguem e reabrir o dente. Se não houver exsudado irriga-se abundantemente o canal com hipoclorito de sódio e fecha-se novamente o acesso. Caso haja exsudado faz-se nova preparação químico-mecânica e controla-se o paciente no dia imediato. Este procedimento é repetido até o dente deixar de apresentar exsudado.

O conjunto de medidas terapêuticas que apontámos parece-nos ser o mais actualmente preconizado e biologicamente bem suportado pelos autores citados; esperando nós que mais trabalhos de investigação clínica englobando maior número de casos clínicos controlados,

venha esclarecer os pontos mais controversos deste tema.

RESUME

The author discusses the different philosophies concerning the emergency treatment of the acute apical abscess, proposing the corresponding attitudes in this case: immediate transradicular drainage, complete chemo-mechanical cleaning of the root canal and closing the access to the root canal as soon as possible. In the most serious situations we can make an incision for drainage through the soft tissues. Pain and infection control.

KEY WORDS

Acute apical abscess.

REFERÊNCIAS

1. WALKER R.T. — Emergency Treatment - a review. *International Endodontic Journal* 17, 29-35.
2. INGLE, J.I.; BEVERIDGE, E.E. — *Endodontics*, 2nd ed., pp. 278, 511-512. Lea & Febiger. Philadelphia (1976).
3. GROSSMAN, L.I. — *Endodontic Practice*, 10th ed., p. 32, Lea & Febiger, Philadelphia (1981).
4. BENCE, R. — *Handbook of Clinical Endodontics*, 2nd ed., p. 152, St. Louis C.V. Mosby Co. (1980).
5. SELDEN, H.S. — *Pulpopariapical Disease: Diagnosis and Healing*. *Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology*, 37, 271-283 (1974).
6. AUGUST, D.S. — Managing the abscessed tooth: instrument and close? - part 1 and 2. *Journal of Endodontics*, 3, 316-318 and 8, 364-366 (1977, 1982).
7. WEINE, F.S.; HEALEY, H.J. and THEISS E.P. — Endodontic emergency dilemma: leave tooth open or keep it closed? *Oral Surgery* 40(4) 531-536 (1975).
8. BALABAN, F.S.; SKIDMORE, A.E. and GRIFFIN, J.A. — Acute exacerbation following initial treatment of necrotic pulps. *Journal of Endodontics* 10, 78-81 (1984).
9. NATKIN, E. — Treatment of Endodontic Emergencies *Dental Clinics of North America*, 18, 243-255 (1974).
10. NATKIN, E. — Treatment of Endodontic Emergencies *Dental Clinics of North America*, 18, 243-255 (1974).
11. BENCE, R. — *Handbook of Clinical Endodontics*, 2nd ed., p. 152, St. Louis C.V. Mosby Co. (1980).
12. COHEN, S. — *Pathways of the Pulp*, 2nd ed., p. 30, C.V. Mosby Co. St. Louis (1980).