CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO
UNISAGRADO

CURSO DE ODONTOLOGIA

RAFAELA SITA E SOUZA BRAGANTE

RESOLUÇÃO NÃO CIRÚRGICA DE FISTULA ENDODÔNTICA EXTRAORAL: RELATO DE CASO

BAURU
2021

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO
Unisagrado
CURSO DE ODONTOLOGIA

RAFAELA SITA E SOUZA BRAGANTE

RESOLUÇÃO NÃO CIRÚRGICA DE FISTULA ENDODÔNTICA EXTRAORAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Odontologia, mantido pelo Centro Universitário Sagrado Coração, para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia, sob a orientção do Prof. Dr. Murilo Priori Alcalde

BAURU
2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

B813r

Bragante, Rafaela Sita e Souza

Resolução não cirúrgica de fistula endodôntica extraoral: Relato de caso / Rafaela Sita e Souza Bragante. -- 2021.

19f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Murilo Priori Alcalde

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP

1. Fistula endodôntica. 2. Abcesso endodôntico. 3. Infecção intraoral. 4. Excisão de fistula. I. Alcalde, Murilo Priori. II. Título.

Elaborado por Lidyane Silva Lima - CRB-8/9602

RAFAELA SITA E SOUZA BRAGANTE

OLUÇÃO NÃO CIRÚRGICA DE FISTULA ENDODÔNTICA EXTRAORAL: RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia - Centro Universitário Sagrado Coração.

Aprovado em: ___/___/____.

Banca examinadora:

_____

Prof.° Dr. Murilo Priori Alcalde (Orientador)

Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

_____

Prof.º Leandro de Andrade Holgado

Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

_____

Prof.º Dr.

Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu avô Gentil, que esteve ao meu lado o tempo todo e desejou muito esse momento.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente aos meus pais, André e Valéria, e aos meus irmãos, André e Luiz Felipe, que fizeram do meu sonho o deles e não mediram esforços e sacrifícios para que isso se tornasse realidade.

Em segundo, gostaria de fazer um agradecimento especial ao meu professor orientador doutor Murilo, que me tutelou e auxiliou de maneira eximia nesse trabalhando.

Aos meus mestres, que fizeram de tudo para passarem todo conhecimento adquirido durante a vida profissional deles, experiências, sem contar os conselhos não só profissionais como para vida pessoal, tratando todos nós como amigos e não só apenas como alunos.

A minha dupla, Maria Luiza, que esteve comigo compartilhando todos os momentos, nas aulas e clínicas me apoiando e incentivando.

RESUMO

O aparecimento de uma fístula de origem endodôntica é o sinal de clínico de um processo infeccioso crônico, o abscesso endodôntico. Trata-se de um ponto de drenagem espontâneo do processo infeccioso, indicado a necessidade do tratamento endodôntico do dente envolvido. O aparecimento da fístula pode ocorrer intra ou extraoral, sendo fundamental o correto diagnóstico para tratamento do dente de origem. O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso do tratamento não cirúrgico de uma fístula extra-oral persistente. A paciente procurou atendimento odontológico devido a encaminhamento do dermatologista. Durante a anamnese a paciente relatou o aparecimento da fístula próximo a asa do nariz há 8 meses aproximadamente. Então, procurou atendimento médico para resolução, sendo realizado dois procedimentos de excisão da fístula, no entanto, a mesma reapareceu. Sendo assim, o médico cogitou uma possível infecção intraoral, encaminhando-a para o dentista. O teste de sensibilidade pulpar e a radiografia periapical demonstraram a presença de necrose pulpar e lesão periapical do dente 23, sendo a possível origem desta fístula. Foi realizado o preparo biomecânico e curativo de demora com pasta de hidróxido de cálcio e, após um período de 14 dias, a paciente retornou para obturação. Nesta consulta, observou uma melhora significante na fístula e o início da cicatrização. Por isso, o canal foi obturado pela técnica híbrida de Tagger e encaminhado para realização da restauração. Após o controle de 30 dias, houve a regressão total da fístula, permanecendo apenas uma pequena cicatriz na região. O diagnóstico e tratamento adequado são fundamentais para o sucesso da terapia endodôntica. Além disso, torna evidente que os processos infecciosos na região orofacial devem ser diagnosticados e tratados pelo cirurgiões-dentistas.

Palavras-chave: Fístula endodôntica, Abcesso endodôntico, Infeção intraoral, Excisão de fístula.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Imagem clínica da fístula endodôntica.....13
FIGURA 2 – Radiografia periapical do dente 23.....13
FIGURA 3 - Imagem clínica da fístula endodôntica após 21 dias.....14

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....9
2. OBJETIVO.....11
3. RELATO DE CASO.....12
4. DISCUSSÃO.....15
5. CONCLUSÃO.....17
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....18

1. INTRODUÇÃO

A presença de microrganismos e seus subprodutos no sistema de canais radiculares e na região periapical, ativa o sistema imunológico e ocorre reabsorção óssea da região periapical e formação de um tecido de granulação, na tentativa de formar uma barreira biológica às lesões periapicais e de impedir a expansão dessa infecção (SOARES, 2002). Neste momento, devido a ação de neutrófilos e outras células da resposta imune inata, há a formação de exsudato purulento, o qual encontra-se localizado nas adjacências do forame periapical, e poderá aumentar a quantidade e avançar pelos tecidos perirradiculares dependendo da virulência dos microrganismos e da reposta imune do hospedeiro. Normalmente, esse exsudato irá permear pelo trabeculado ósseo e se exteriorizar em uma área de menor resistência tecidual, assim, após romper a cortical óssea do alvéolo dentário, o exsudato torna-se subperiosteal, sendo a última barreira física para a drenagem espontânea, ou seja, a formação da fístula. O local de aparecimento da fístula pode variar devido a fatores como gravidade, quantidade de exsudato presente, presença de inserções musculares e fáscias musculares, podendo ocorrer intra-oral ou extra-oral, tornando o processo crônico (SOARES, *et al.,* 2007; SOARES, *et al.,* 2008; PASTERNAK-JÚNIOR *et al.,* 2009).

As fístulas de origem endodôntica são frequentemente observadas nas proximidades do elemento dente envolvido, geralmente na mucosa do rebordo alveolar e mais próximo a região apical. No entanto, como elucidado acima, o local de drenagem ou de formação da fístula dependerá de outros fatores, o que pode não coincidir com a região apical frontal ao dente envolvido. A formação da fístula poderá ocorrer em qualquer local do rebordo alveolar, normalmente nas proximidades do dente envolvido ou, até mesmo, em regiões extra-orais, denominando fístula cutânea (MITAL *et al.,* 2004). Nessas situações, em que a drenagem ocorre em locais não comuns, o diagnóstico da sua etiologia poderá ficar comprometido e levar a um erro do profissional (PASTERNAK-JÚNIOR *et al.,* 2009).

As fístulas odontogênicas extra-orais são erroneamente diagnosticadas como lesões dermatológicas, expondo o paciente a tratamentos ou procedimentos desnecessários ou inadequado. Por isso, o conhecimento médico sobre as possíveis fístulas cutâneas de origem odontológica são fundamentais para um diagnóstico e

tratamento adequado (CALISKAN, *et al.,* 1995; CHOWDRI, *et al.,* 2009; OZDEMIR, *et al.,* 2011).

As regiões mais comuns de aparecimento de fístulas odontológicas extra-orais são: região de mento (origem dos incisivos inferiores), asa do nariz (origem dos caninos), região da bochecha (pré-molares ou molares) e região do ramo da mandíbula (molares inferiores). Por isso, qualquer tipo de fístula nessa região é necessário uma avaliação odontológica para descartar possíveis problemas endodônticos (GÂTA et al., 2021).

Diante da importância do conhecimento da possível presença de fístula extra-oral e do adequado diagnóstico, torna-se oportuno o relato do diagnóstico e tratamento um caso de fístula extra-oral de origem odontológica.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar o diagnóstico e tratamento de uma fístula extra-oral devido a necrose pulpar do dente 23, canino superior do lado esquerdo.

3 RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 50 anos, procurou atendimento odontológico devido o aparecimento de uma “pinta” próximo a asa do nariz do lado esquerdo da face. Além disso, a paciente relatou a presença de pequeno sangramento e secreção quando pressionava a área em questão.

A paciente relatou ter procurado atendimento médico há 8 meses, pois acreditava ser um câncer de pele, tendo em vista que a região não cicatrizava. Então, o profissional realizou a excisão da “pinta” por duas vezes, a qual tornou a aparecer novamente. Sendo assim, o profissional indicou atendimento por um cirurgião-dentista pois poderia se tratar de uma patologia na cavidade bucal.

O exame clínico da área demonstrou a “pinta” no lado esquerdo da face, próximo ao lábio superior e a asa do nariz. Esta apresentava sensibilidade dolorosa ao toque, pequeno sangramento, ausência de coleção purulenta ou qualquer tipo de secreção (Figura 1A) e ausência de fístula ou edema intraoral (Figura 1B). Após o exame radiográfico, foi possível diagnosticar a presença de uma rarefação óssea periapical na região do dente 23 (Figura 2A). Então, a necrose pulpar do referido dente foi confirmado pelo teste de sensibilidade pulpar à frio. Sendo assim, optou-se pelo tratamento endodôntico do dente 23, pois, provavelmente, tratava-se da origem do processo infeccioso e uma fístula endodôntica.

A paciente foi anestesiada pela técnica terminal infiltrativa do dente com Articaína a 4% com epinefrina 1: 100.000 (DFL, Indústria e Comércio Ltda, Jacarepaguá, RJ, Brasil). O tratamento foi realizado, sob isolamento absoluto, empregando a instrumentação manual com limas do tipo K e a técnica de Oregon modificada. O batente apical foi realizado até um instrumento de diâmetro 45 e o recuo escalonado até uma lima 60. Durante toda esta etapa foi utilizado o Hipoclorito de Sódio a 2,5% como irrigante. Ao final, foi aplicado EDTA 17% (Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) e foi inserido Hidróxido de Cálcio P.A. (Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) em associação ao Propilenoglicol (Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) e Paramonoclorofenol Canforado (Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) como medicação intracanal e, ao final, selamento da cavidade com Ionômero de Vidro fotopolimerizável (Ionofast, Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil).

Após um período de 21 dias, a paciente retornou para o atendimento e apresentava uma melhora significativa da fístula, ausência de sangramento, ausência

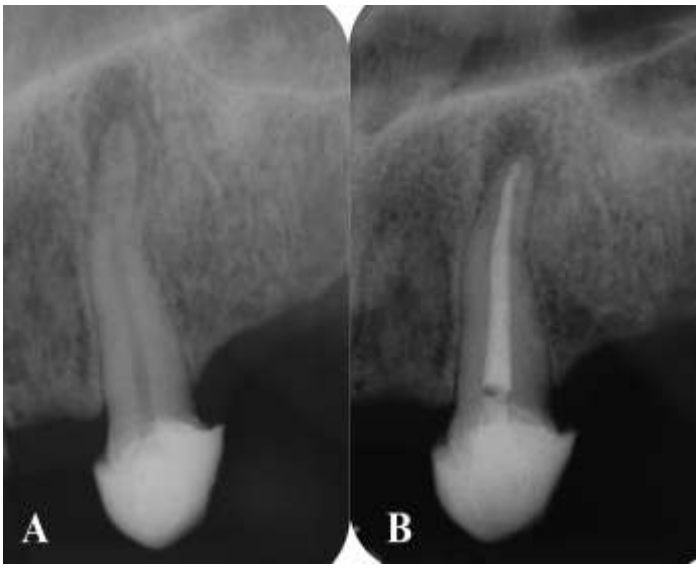
de secreção e início do processo de reparo. Então, optou-se pela obturação. Para isso, foi realizado a técnica híbrida de Tagger com o compactador de Mcspadden de diâmetro 60. Ao final, foi realizado o selamento da cavidade com Ionômero de Vidro fotopolimerizável (Ionofast, Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) (Figura 2B).

A paciente retornou após 30 dias da finalização do tratamento, sendo possível notar o reparo da fístula, permanecendo apenas uma cicatriz, e início do reparo radiográfico da lesão periapical (Figura 3).

Figura 1: (A) imagem clínica da fístula endodôntica; (B) ausência de fístula intra-oral e edema na região do dente 23.

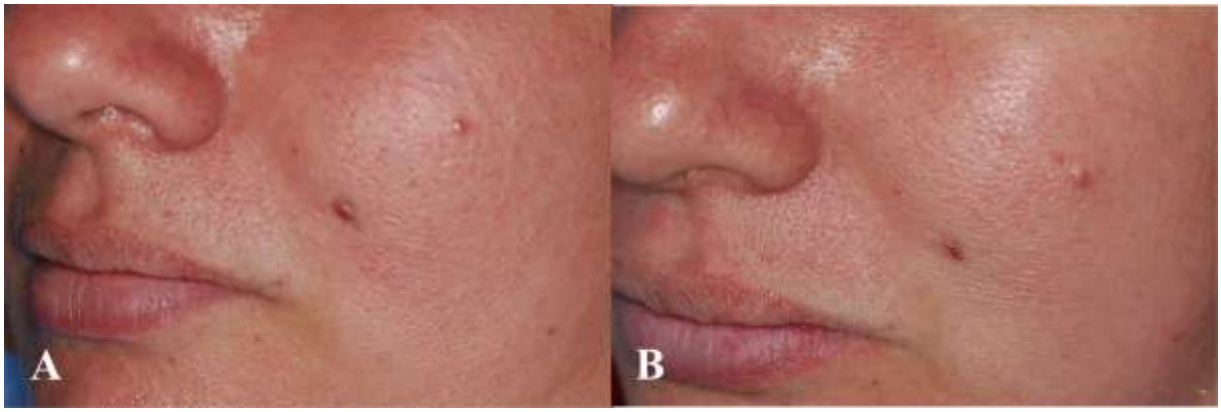
Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Figura 2:(A) Radiografia periapical do dente 23, evidenciado a presença de rarefação óssea periapical; (B) Radiografia periapical após obturação do canal radicular.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Figura 3:(A)Imagem clínica da região da fístula após 21 dias com medicação intracanal; (B) Imagem clínica da região da fístula após 30 dias da obturação do canal radicular.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

4 DISCUSSÃO

O diagnóstico das lesões endodônticas com manifestações extra-orais é de fundamental importância para o tratamento adequado e conduta do caso. As fístulas de são frequentemente observadas nas proximidades do dente portador de um abscesso dento-alveolar crônico, geralmente em nível de mucosa intra-oral (SOARES, *et al.,* 2008; PASTERNAK-JÚNIOR *et al.,* 2009). No entanto, poderá ocorrer a formação de uma fístula na região extra-oral, dependendo do dente envolvido, comprimento da raiz e proximidade com inserções musculares ou estruturas anatômicas (PASTERNAK-JÚNIOR *et al.,* 2009).

A anamnese, o exame clínico minucioso, a realização dos testes de sensibilidade pulpar e o exame radiográfico, são imprescindíveis para o correto diagnóstico, pois há casos de fístulas endodônticas extra-orais serem erroneamente diagnosticadas como lesões peles e outros tipos de enfermidades como câncer de pele (AZAMBUJA *et al.,* 1998; SOARES, *et al.,* 2008; PASTERNAK-JÚNIOR *et al.,* 2009).

O desaparecimento da fístula está intimamente relacionado com o controle da infecção endodôntica. Por isso, é primordial que preparo químico mecânico e a medicação intracanal sejam utilizados, para posterior obturação do canal radicular (AZAMBUJA *et al.,* 1998). O tempo de regressão de uma fístula poderá variar entre 3 a 7 dias após o preparo químico-mecânico. A persistência do trajeto fistuloso é um indicativo de quem o preparo químico mecânico e medicação intracanal não foram efetivos no controle da infecção (SOARES, *et al.,* 2008 PASTERNAK-JÚNIOR *et al.,* 2009). Sendo assim, é fundamental que o endodontista observe se houve regressão da fístula e se não há nenhuma sintomatologia persistente previamente a obturação (GÂTA *et al.,* 2021).

As manifestações de fístulas intra-orais tendem a não apresentar nenhum desconforto estético ou cicatriz. No entanto, em casos de manifestações extra-orais há uma maior probabilidade de haver um sinal cicatricial, podendo ser necessário um procedimento estético na região (AZAMBUJA *et al.,* 1998). No presente caso clínico todas as condutas realizadas proporcionaram de forma efetiva o controle da infecção endodôntica, proporcionando o desaparecido da fístula e da sintomatologia dolorosa. No entanto, embora a fístula tenha regredido de forma significativa houve a persistência de um sinal cicatricial, o qual não incomodou a paciente.

Diante do exposto, é fundamental entender que que o diagnóstico é a base de todo tipo de tratamento, permitindo condutas clínicas corretas e eficazes. Casos como estes são comuns na clínica endodôntica e são inicialmente diagnosticados e tratados de formas inadequadas. Por isso, o profissional da saúde (médico, dentista, fisioterapeuta, etc.) não realize nenhum tratamento sem antes a confirmação da enfermidade presente por um profissional especializado.

5 CONCLUSÃO

O diagnóstico e tratamento adequado são fundamentais para o sucesso da terapia endodôntica. Além disso, torna evidente que os processos infecciosos na região orofacial devem ser diagnosticados e tratados pelos cirurgiões-dentistas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gâta A, Toader C, Valean D, Trombitaș VE, Albu S. **Role of Endoscopic Sinus Surgery and Dental Treatment in the Management of Odontogenic Sinusitis Due to Endodontic Disease and Oroantral Fistula.** J Clin Med. 2021 Jun 19;10(12):2712. doi: 10.3390/jcm10122712. PMID: 34205358; PMCID: PMC8234404.

SOARES, J.A. **Microbiota dos canais radiculares associadas às lesões periapicais crônicas e sua significância clínica.** J.B.E. v.3, n.9, p.:106-107. 2002.

SOARES, J. A., *et al.***Conservative treatment of patients with periapical lesions associated with extraoral sinus tracts.** Aust Endod J, v.33, n.3, p. 131-135. 2007.

PASTERNAK-JÚNIOR, B. *et al.***Diagnosis and treatment of odontogenic cutaneous sinus tracts of endodontic origin:** three cases studies. International Endodotic Journal, v. 42, n.3, p. 271- 276. 2009.

MITTAL, N.; GUPTA, P. **Management of extra oral sinus cases:** a clinical dilemma. Journal of Endodontics, v.30, n.7, p.541-547. 2004.

CALISKAN, M. K., *et al.***Treatment of extraoral sinus tracts from traumatized teeth with apical periodontitis.** Endod Dent Traumatol v.11 n.3, p.115-120. 1995.

CHOWDRI, N. A., *et al.*(2009). **Clinicopathological profile and surgical results of nonhealing sinuses and fistulous tracts of the head and neck region.** J Oral Maxillofac Surg v.67, n. 11, p.2332- 2336. 2009.

OZDEMIR, A. *et al.***Diagnosis and treatment of mandibular extraoral sinus of periodontal origin in a 9-year-old boy:** a case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent v.26, n.2, p. S76-78. 2008.

AZAMBUJA, T.W.F.; BERCINI, F.; MOSCHEN, A.Z.; WEISSHEIMER, A.P.; REINHARDT, L. **Abscesso Crônico Associado à Fístula Extra-oral:** Revisão de Literatura e Apresentação de Caso Clínico e Cirurgico. R. Fac. Odontol. Porto Alegre, v.39, n.1, pag.09-13, julho, 1998.