



IV Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia

XXIX Seminário de Iniciação Científica

XIV Salão de Ensino e Extensão

IV Mostra da Pós-Graduação Stricto Sensu

III Seminário de Inovação Tecnológica



Título:	ABSCESSO DENTOALVEOLAR CRÔNICO: RELATO DE CASO		
Autores:	Louyse de Oliveira dos Santos Laura Maria Becker Pâmela Inês de Lima Júlya Napar Borges Ilana Pedroso Santos Jardel Iemes Rodrigues Aimee de Souza Campos Caroline Campos Müller Magda de Sousa Reis Márcia Helena Wagner		
Área	<input type="checkbox"/> Humanas <input type="checkbox"/> Sociais Aplicadas <input checked="" type="checkbox"/> Biológicas e da Saúde <input type="checkbox"/> Exatas, da Terra e Engenharias	Dimensão:	<input type="checkbox"/> Ensino <input type="checkbox"/> Pesquisa <input checked="" type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Inovação
Resumo:	<p>Os abscessos são cavidades preenchidas por exsudato purulento e delimitadas por paredes de tecido fibrótico ou de granulação. Esta condição se manifesta quando o processo infeccioso decorrente da cárie dentária atinge a câmara pulpar do dente, resultando na necrose pulpar. Com o progresso da infecção, uma coleção purulenta se acumula na região periapical que, na fase aguda da doença, se torna muito dolorosa, podendo vir acompanhada de manifestações sistêmicas que exigem urgente intervenção profissional. Entretanto, se o processo evolui de forma crônica, a drenagem do exsudato ocorre através de uma fistula formada espontaneamente, na maioria das vezes, sem sintomas importantes. Este trabalho tem como objetivo relatar o tratamento endodôntico do primeiro molar inferior esquerdo (36) com abscesso dentoalveolar crônico. Paciente masculino, 21 anos de idade, procurou atendimento na Clínica de Odontologia da UNISC, sendo encaminhado</p>		



IV Mostra de Extensão, Ciência e Tecnologia

XXIX Seminário de Iniciação Científica

XIV Salão de Ensino e Extensão

IV Mostra da Pós-Graduação Stricto Sensu

III Seminário de Inovação Tecnológica

para o Projeto de Prevenção em Endodontia (PPE), pois apresentava necessidade de endodontia em 5 dentes. Após a realização dos exames clínicos, devido à presença de uma fístula na mucosa vestibular do 36, optou-se por fazer o rastreamento da mesma com o auxílio de um cone de guta-percha. Esta manobra, acompanhada da radiografia periapical, confirmou ser o processo infeccioso originário do dente 36 e foi indicado seu tratamento endodôntico.

O procedimento iniciou com o acesso à câmara pulpar, removendo o selamento provisório presente e localização dos canais radiculares. Os canais mesiais estavam vazios e o canal distal apresentava sangramento tão intenso que teve de ser colocado pó de Hidróxido de cálcio P.A. ($\text{Ca}(\text{OH})_2$), para contê-lo. O dente foi selado provisoriamente com Cimento de Ionômero de Vidro (CIV). Na segunda sessão, o curativo foi removido seguido de penetração desinfetante com hipoclorito de sódio a 2,5%, para neutralizar o conteúdo tóxico dos microrganismos presentes nos canais. Foi iniciado o Preparo Químico-Cirúrgico (PQC) pela exploração dos canais com limas endodônticas manuais e utilizado o Localizador Apical Eletrônico (LAE) para a odontometria. O Tricresol Formalina (TCF) foi eleito como medicamento intracanal (MIC) devido ao estado necrótico da polpa, e o selamento com CIV. Na sessão seguinte, o PQC foi concluído com o auxílio do sistema rotatório de instrumentação e aplicado o Calen (pasta de hidróxido de cálcio) como MIC. Após duas semanas, com a fístula já fechada, os canais foram obturados com cones de guta percha e cimento endodôntico (Endofill). Sobre a obturação foi colocado CIV, selando toda a cavidade de acesso. A radiografia final demonstrou o preenchimento correto dos canais. O dente foi, posteriormente, restaurado com resina composta e prosseguirá em acompanhamento clínico radiográfico. Conclui-se que o tratamento endodôntico, através da desinfecção, preparo químico-mecânico e obturação dos condutos radiculares, favorece a recuperação dos tecidos periapicais, neste caso, evidenciado, inicialmente, pelo fechamento da fístula. Entretanto, precisa ser acompanhado clínica e radiograficamente até a completa cicatrização da lesão periapical.

Link do Vídeo:

https://drive.google.com/file/d/12BX-bQXPW9cAjB4rv02Ni4Zqw_RVS-6k/view?usp=drive_link