

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE ABSCESSO DENTOALVEOLAR AGUDO: RELATO DE CASO CLÍNICO

AUTORES

Ana Alice da Silva ROVARIS

Discente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

Jessica de Almeida COELHO

Docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos – UNILAGO

RESUMO

O presente trabalho descreve o manejo de um caso clínico de abscesso dentoalveolar agudo no dente 14, fundamentado na necrose pulpar, edema e dor à percussão. A abordagem terapêutica de urgência envolveu a drenagem inicial via canal radicular, complementada por drenagem cirúrgica, visando o alívio imediato da dor e a descompressão tecidual. Paralelamente, utilizou-se o manejo farmacológico com antibióticos (amoxicilina e ácido clavulânico) e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para controlar a infecção sistêmica e o edema. A fase principal do tratamento consistiu no Preparo Químico-Mecânico (PQM) em múltiplas sessões sob rigoroso isolamento absoluto, empregando Hipoclorito de Sódio a 1% para a desinfecção e remoção do biofilme bacteriano. A utilização de Ultracal (Hidróxido de Cálcio) como medicação intracanal foi crucial, potencializando a eliminação da infecção residual e neutralizando endotoxinas. A remissão total dos sintomas clínicos permitiu a obturação tridimensional do canal (condensação lateral com guta-percha e Sealer 26) e a restauração coronária definitiva com resina composta. O desfecho favorável e a ausência de sinais de falha endodôntica aos 6 e 12 meses de preservação comprovam a eficácia do protocolo terapêutico sequencial e baseado em evidências para a resolução de infecções agudas e a longevidade do elemento dentário.

PALAVRAS - CHAVE

Abcesso dentário. Edema intra-oral. Tratamento Endodôntico.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico é um procedimento fundamental para preservar dentes acometidos por lesões pulpares e periapicais, sendo frequentemente indicado em casos de infecção associada a necrose pulpar. O abscesso dentoalveolar agudo é uma manifestação inflamatória severa, caracterizada por acúmulo de pus nos tecidos periapicais, podendo evoluir rapidamente para complicações sistêmicas se não tratado adequadamente (SILVA et al., 2022).

Este tipo de infecção pode ser classificado em primária, originada por invasão bacteriana da polpa dental, e secundária, decorrente de falhas em tratamentos endodônticos prévios. O abscesso dentoalveolar agudo é caracterizado por edema intraoral, dor intensa e, em alguns casos, mobilidade dentária, evidenciando comprometimento dos tecidos de suporte do dente (GOMES et al., 2023).

A dor pré-operatória é um sintoma frequente nos casos de abscesso dentoalveolar agudo e está intimamente associada à inflamação dos tecidos periapicais. A resposta inflamatória é evidenciada pelos sinais cardinais clássicos: rubor, calor, dor, edema e perda de função, que indicam a presença de um processo inflamatório ativo (TABASSUM et al. 2016). A dor intensa e o edema local são consequências do acúmulo de pus e da pressão nos tecidos afetados, o que pode dificultar a realização do tratamento sem o controle adequado da dor (SANTOS et al., 2019).

O manejo da dor pode ser feito com a administração de analgésicos e anti-inflamatórios, bem como com a sedação em casos mais intensos. O controle eficaz da dor pré-operatória é fundamental para a realização do tratamento endodôntico e para proporcionar maior conforto ao paciente (CARVALHO et al., 2020).

O diagnóstico diferencial do abscesso dentoalveolar deve considerar outras patologias orofaciais, como celulite odontogênica e periodontite apical aguda. O exame clínico e radiográfico é essencial para avaliar a extensão da infecção e determinar a abordagem terapêutica mais adequada. A presença de mobilidade dentária pode indicar envolvimento periodontal concomitante, tornando o tratamento mais complexo (FERREIRA; OLIVEIRA, 2021).

Nesse contexto, o uso de medicação antibiótica é essencial, principalmente quando há sinais de infecção generalizada ou complicações sistêmicas. A escolha do antibiótico deve ser orientada pelo perfil bacteriano predominante e, quando necessário, ajustada conforme o cultivo microbiológico da secreção purulenta. A amoxicilina, frequentemente associada a clavulanato de potássio, é uma escolha comum devido à sua eficácia contra os patógenos mais frequentemente envolvidos em infecções endodônticas (SANTOS et al., 2019).

Contudo, a medicação antibiótica deve ser vista como um complemento temporário, uma vez que o tratamento definitivo do abscesso dentoalveolar envolve a resolução da infecção por meio de drenagem e tratamento endodôntico adequado (CARVALHO et al., 2020).

A drenagem do abscesso via canal radicular é um passo crucial para o alívio da pressão intraóssea e para o controle da infecção. Durante a abertura coronária, o acúmulo de pus é evacuado, proporcionando alívio imediato da dor e diminuindo o risco de complicações. A drenagem eficaz impede a propagação da infecção para os tecidos adjacentes, como o osso alveolar, e facilita a desinfecção do canal radicular, preparando o dente para o tratamento endodôntico definitivo. Em casos mais complexos, onde a drenagem via canal não é suficiente, pode ser necessária uma drenagem adicional por meio de uma incisão na gengiva (MARTINS; RIBEIRO, 2023).

O uso de medicação intracanal, como a pasta de hidróxido de cálcio, também é indicado, pois auxilia no controle da infecção e na neutralização do meio ácido nos canais contaminados, além de ter efeito antimicrobiano comprovado contra patógenos comuns nas infecções endodônticas (SANTOS et al., 2019).

Casos avançados de abscesso dentoalveolar, em que há extensa destruição óssea e comprometimento dos tecidos periodontais, podem exigir abordagens complementares, como a cirurgia periapical ou até a exodontia. No entanto, sempre que possível, a manutenção do dente por meio da terapia endodôntica deve ser priorizada, pois ela oferece benefícios tanto funcionais quanto estéticos. A abordagem terapêutica deve ser determinada após uma avaliação cuidadosa do quadro clínico, incluindo o grau de envolvimento dos tecidos de suporte e a extensão da infecção (TABASSUM et al. 2016; GOMES et al., 2023).

O presente estudo foi realizado com um paciente modelo atendido na clínica escola da Faculdade de Odontologia da UNILAGO, diagnosticado com abscesso dentoalveolar agudo associado a edema intraoral e mobilidade dentária. O estudo passará por aprovação prévia do comitê de ética local e seguirá protocolos clínicos rigorosos para garantir a segurança e a eficácia do tratamento. Dessa forma, busca-se fornecer uma compreensão abrangente sobre o tratamento endodôntico de abscessos dentoalveolares agudos, com foco nas abordagens terapêuticas e na importância de um manejo adequado da infecção e da dor.

2. METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de abscesso dentoalveolar agudo em paciente, apresentando o passo a passo, as estratégias utilizadas para debelar a infecção presente e os recursos terapêuticos atuais empregados, por meio de bases científicas atuais de pesquisa: PubMed, Scielo, Google Scholar. Paciente do sexo feminino, 45 anos de idade, compareceu à Clínica Escola de Odontologia da Faculdade UNILAGO, em São José do Rio Preto, SP, Brasil, relatando sensibilidade e dor intensa na região do dente superior posterior. Durante a anamnese, não foi averiguada nenhuma alteração sistêmica relevante. A paciente não soube informar o motivo exato da dor, mas indicou o dente 14 (primeiro pré-molar superior direito) como o causador dos sintomas.

2.1 Exames clínicos

Ao exame clínico, verificou-se presença de edema intraoral visível na região do ápice do dente 14 (vestibular/palatino); presença de dor à palpação/percussão vertical e horizontal.; mobilidade moderada do elemento 14; ausência de resposta ao teste de sensibilidade pulpar (frio); presença de restauração coronária extensa no dente 14; sinais de necrose pulpar associada ao processo infeccioso agudo.

Foi realizada uma radiografia periapical do elemento 14, verificando-se a presença de uma área radiolúcida (rarefação óssea) envolvendo a raiz e estendendo-se em direção distal aos dentes adjacentes, sugestiva de lesão periapical. A câmara pulpar aberta/acessada por restauração profunda prévia.

O diagnóstico foi de Abscesso dentoalveolar agudo no dente 14, decorrente de necrose pulpar. O plano de tratamento proposto foi a urgência endodôntica com drenagem e, posteriormente, o tratamento endodôntico convencional em múltiplas sessões, acompanhado de terapia medicamentosa sistêmica.

O paciente foi informado previamente de todos os procedimentos e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.2 Procedimento clínico – sessão de urgência (sessão 1)

O tratamento de urgência visou o alívio imediato da dor e a drenagem do processo infeccioso. Iniciou-se pela anestesia: Realizou-se anestesia local infiltrativa e bloqueio dos nervos alveolar superior médio e posterior com articaína.

Acesso e drenagem via canal procederam-se à abertura coronária do elemento 14 com brocas [1014HL e 3080, obtendo-se a drenagem inicial do abscesso via canal. O local foi irrigado abundantemente com soro Fisiológico, seguido de hipoclorito de sódio. Foi realizada a colocação de medicação intracanal provisória (Formocresol em bolinha de algodão) na câmara pulpar. O selamento provisório: O dente foi selado provisoriamente com Cimento de Ionômero de Vidro.

Figura 1: Radiografia inicial



Fonte: Próprio autor

2.2.1 Drenagem cirúrgica intraoral

Devido à persistência do abscesso alveolar e ao edema, a drenagem cirúrgica foi necessária. Realizou-se incisão na gengiva inserida (ou mucosa de fundo de sulco) utilizando lâmina de bisturi nº 12, promovendo a drenagem do exsudato purulento com auxílio de sugador estéril e compressão digital.

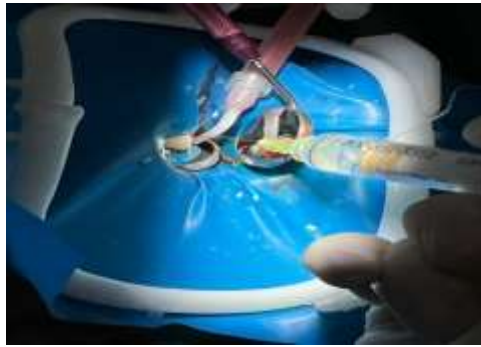
Medicação sistêmica para controle do quadro infeccioso e sintomático, foi prescrito: amoxicilina 500mg associada a ácido clavulânico, de 12h/12h por 7 dias.

Foto 2: Drenagem extraoral



Fonte: Próprio autor

Foto 3: Drenagem intraoral



Fonte: Próprio autor

2.3 Procedimento clínico – início do preparo químico-mecânico e medicação (sessão 2)

A paciente retornou após sete dias ainda relatando dor, embora houvesse redução significativa do edema. Anestesia e Isolamento. Realizou-se nova anestesia (2 tubetes de articaína) e isolamento absoluto com lençol de borracha, utilizando grampo 208.

O selamento provisório e a medicação foram removidas. Identificação dos canais radiculares (pré-molar superior é frequentemente birradicular: vestibular e palatino). Preparo químico-mecânico (P.Q.M.): O canal vestibular foi irrigado abundantemente com hipoclorito de sódio a 1%. A instrumentação foi realizada até a lima 35 SMF (MkLife / Brasil), com irrigação entre todas as etapas. Medicação intracanal: Aplicou-se medicação intracanal com *Ultracal* (Pasta de hidróxido de cálcio), seguida de bolinha de algodão estéril e restauração provisória com Ionômero de Vidro.

2.4 Procedimento clínico – término do preparo químico-mecânico e medicação (sessão 3)

No retorno subsequente, o edema havia reduzido consideravelmente. Na mesma consulta, procedeu-se ao isolamento absoluto do dente e à remoção da restauração provisória. O interior da câmara pulpar foi limpo com irrigação abundante utilizando solução de Hipoclorito de Sódio a 2,5%. Foi identificado um segundo canal (Palatino). Anestesia e P.Q.M. (Preparo Químico-Mecânico): Administrou-se mais um tubete de anestésico, procedendo-se à determinação do comprimento de trabalho do canal palatino.

A instrumentação do canal foi iniciada com limas manuais (tipo K), e em seguida, complementada até 17 mm utilizando a lima 30 SMF, sempre acompanhada de irrigação e aspiração constante da solução desinfetante para remoção de detritos. Medicação Intracanal: Realizada nova medicação intracanal com *Ultracal* (pasta de Hidróxido de Cálcio) e fechamento provisório com ionômero de vidro para aguardar o controle clínico e radiográfico, visando a obturação definitiva na próxima sessão.

Foto 4: Preparo químico-mecânico



Fonte: Próprio autor

2.5 Procedimento clínico – Obturação e Restauração Definitiva (Sessão 4)

O paciente retornou após 7 dias sem queixa de dor e com redução total do edema. Foi realizado o isolamento absoluto. Removida a restauração provisória e a medicação intracanal. Os canais estavam secos e sem presença de odor ou exsudato.

Obturação com seleção dos cones de guta-percha principais. Cimentação e condensação com *Sealer* 26, que foi manipulado e levado aos canais. Os cones principais foram inseridos. O espaço vazio foi preenchido com cones acessórios, utilizando a técnica de condensação lateral. O excesso de guta-percha na câmara foi removido com um condensador de *Paiva* aquecido. A câmara pulpar foi limpa, removendo-se o excesso de cimento e guta-percha com bolinha de algodão e álcool. A cavidade foi restaurada de forma definitiva com resina composta.

O paciente foi orientado a retornar para proservação em 6 e 12 meses para avaliação clínica e radiográfica do sucesso do tratamento endodôntico e da reparação da lesão periapical.

Foto 5: Radiografia de prova do cone



Fonte: Próprio autor

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O diagnóstico de abscesso dentoalveolar agudo no dente 14, fundamentado na necrose pulpar, edema e dor à percussão, reflete a resposta inflamatória aguda do periápice à invasão bacteriana do canal radicular, que é o principal fator etiológico (SANTOS et al., 2019). A literatura endodôntica reforça que a coleção purulenta resulta da virulência microbiana (predominantemente anaeróbios) e da incapacidade do sistema imune de conter a infecção, sendo o tratamento focado na eliminação do biofilme e do pus. A identificação dos sinais clínicos e radiográficos, como a rarefação óssea difusa, foi crucial para o planejamento da intervenção imediata visando a preservação do elemento (COHEN & HARGREAVES, 2021).

A estratégia de urgência no caso, que envolveu a drenagem inicial via canal radicular e o posterior recurso à drenagem cirúrgica intraoral devido à persistência do edema e da infecção, é um protocolo de sucesso em infecções agudas volumosas (SANTOS et al., 2019).

A drenagem do exsudato, seja pelo acesso coronário ou pela incisão na mucosa, promove o alívio imediato da dor ao descomprimir o tecido periapical e os espaços fasciais, sendo a redução da pressão tecidual o objetivo primário no atendimento de urgência. A combinação das técnicas garante o escoamento efetivo da coleção purulenta, controlando a propagação do processo infeccioso (FARIA JÚNIOR et al., 2024).

Paralelamente à intervenção imediata, o manejo da dor e do edema é crucial para a recuperação do paciente, sendo otimizado pelo uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), como o Ibuprofeno. Estes

medicamentos, ao inibirem as enzimas ciclo-oxigenases (COX), atuam diretamente na cascata da inflamação, reduzindo a produção de prostaglandinas, que são mediadores químicos essenciais na gênese da dor e do inchaço no periápice. A prescrição de AINEs é comprovadamente mais eficaz para a dor de origem pulpar e periapical do que a utilização isolada de analgésicos, garantindo o conforto do paciente pós-drenagem e contribuindo para a rápida remissão dos sintomas (AMINOSHARIAE et al., 2017).

Uma etapa fundamental para o sucesso do preparo químico-mecânico (PQM) e a eliminação do fator etiológico é o estabelecimento de um campo operatório estéril, o que é alcançado exclusivamente pelo isolamento absoluto. O dique de borracha age como uma barreira indispensável, prevenindo a recontaminação do sistema de canais radiculares pela saliva e microrganismos da cavidade oral, além de proteger o paciente contra a inalação ou deglutição acidental de instrumentos e das soluções irrigadoras. A literatura endodôntica é unânime em considerar o isolamento absoluto um pré-requisito obrigatório, correlacionando diretamente sua ausência com uma redução significativa na taxa de sucesso do tratamento (SIQUEIRA JR. et al., 2020).

A prescrição de amoxicilina associada a ácido clavulânico foi justificada pela manifestação clínica de edema intraoral expressivo, mobilidade do dente 14 e o quadro agudo de infecção, indicando o risco de disseminação local e a necessidade de suporte sistêmico (SANTOS et al., 2019). O Clavulanato atua inibindo as beta-lactamases bacterianas, aumentando o espectro da amoxicilina contra os patógenos anaeróbios tipicamente envolvidos em abscessos dentoalveolares. Contudo, as diretrizes atuais enfatizam que antibióticos são adjuvantes, e a resolução definitiva da infecção é sempre alcançada pela instrumentação e desinfecção do canal radicular (AZEVEDO et al., 2023).

O preparo químico-mecânico em múltiplas sessões, utilizando a irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 1%, demonstrou a eliminação progressiva do biofilme bacteriano e dos subprodutos tóxicos, essenciais para a cura da lesão periapical. O hipoclorito de sódio é reconhecido pela sua potente ação antimicrobiana e capacidade de dissolver tecido pulpar necrótico, sendo o pilar da desinfecção do sistema de canais radiculares. Sua eficácia é potencializada pela agitação ou técnicas auxiliares, garantindo a desorganização e remoção do biofilme, o que foi crucial para a remissão dos sintomas e a condição de canais secos observada na última sessão do caso (MACHADO, 2022).

O emprego de Ultracal (pasta de hidróxido de cálcio) como medicação intracanal no dente 14 após as sessões de PQM foi determinante para o controle da infecção residual, aproveitando a capacidade do hidróxido de cálcio de promover um meio altamente alcalino. Este pH elevado é letal para a maioria dos microrganismos remanescentes, incluindo cepas resistentes, e também neutraliza as endotoxinas bacterianas (lipopolissacarídeos) que perpetuam a inflamação periapical. A aplicação da medicação de demora, por um período adequado, visa maximizar a desinfecção e estimular o reparo do tecido ósseo e periodontal, sendo um passo crucial na transição para a fase de obturação (ESTRELA et al., 2014).

A ausência de dor e a redução total do edema e da mobilidade na quarta sessão, após o uso da medicação intracanal, indicaram o controle total do processo infeccioso e inflamatório, sinalizando o momento ideal para a obturação. Em casos de abscessos agudos, a opção por múltiplas sessões com o uso de medicação entre elas é o padrão ouro, pois permite a total remoção da infecção, garantindo que o canal esteja livre de exsudato antes do selamento definitivo. A obturação deve ser realizada somente em canais secos e assintomáticos, como no protocolo seguido no dente 14 (SOARES & GOLDBERG, 2020).

A obturação do dente 14, utilizando a condensação lateral da guta-percha com cimento Sealer 26, teve como objetivo o selamento tridimensional completo do sistema de canais radiculares, impedindo a passagem

de fluidos e microrganismos entre o canal e o periápice. Embora técnicas termoplásticas demonstrem melhor adaptação em canais complexos, a condensação lateral, quando bem executada, oferece um selamento apical satisfatório com menor risco de extrusão de material. O sucesso a longo prazo depende criticamente da qualidade desse selamento apical e coronário, o que inibe a recontaminação e favorece a reparação biológica da lesão periapical (SHEN et al., 2022).

O manejo da dor pós-drenagem e instrumentação, embora minimizado pela intervenção de urgência, exige um protocolo analgésico e anti-inflamatório rigoroso. A continuidade da prescrição de Ibuprofeno e a associação com analgésicos, como o Paracetamol ou Dipirona, em esquema de horários fixos e não apenas sob demanda, assegura que o pico da dor pós-procedimento seja controlado eficazmente. Além disso, a literatura recente ressalta a importância da aplicação de compressas mornas na área drenada para estimular o fluxo sanguíneo local, acelerando a eliminação de mediadores inflamatórios e cooperando com a ação dos medicamentos sistêmicos no alívio do desconforto (MSD MANUALS, 2025).

A instrumentação rotatória do canal radicular, mesmo em caso de abscesso agudo que requer múltiplas sessões, oferece vantagens notáveis em relação à técnica manual, particularmente na preservação da anatomia original do canal. A utilização de limas de NiTi com conicidade progressiva no dente 14 permitiu um preparo mais centrado e previsível, resultando em menor desvio do forame apical. Embora estudos comparativos não demonstrem diferença estatística na eficácia de desinfecção entre as técnicas manual e rotatória, o preparo rotatório reduz o tempo clínico de trabalho e a fadiga do operador, fatores que indiretamente contribuem para a qualidade final da limpeza e modelagem do sistema (PERALTA MAMANI & HONÓRIO, 2016).

A escolha do hidróxido de cálcio como medicação intracanal exclusiva é o padrão ouro no tratamento de dentes com necrose e lesão periapical extensa. No entanto, em casos de infecção persistente ou identificação de microrganismos resistentes, como o *Enterococcus faecalis*, a associação com digluconato de clorexidina pode ser considerada para potencializar a ação antimicrobiana. A Clorexidina é um agente de amplo espectro, com substancialidade reconhecida, e sua inclusão no protocolo de medicação pode oferecer um efeito sinérgico com o alto pH do hidróxido de cálcio, combatendo cepas que podem sobreviver à desinfecção inicial com hipoclorito de sódio, apesar de a sua combinação ser ainda objeto de debate na literatura (GOMES et al., 2023).

O tempo de proservação de 6 e 12 meses estabelecido no protocolo é o marco inicial para avaliar o sucesso da reparação periapical. É crucial informar ao paciente que a total regressão da lesão radiolúcida pode levar um período estendido, variando de 6 meses a 2 anos, a depender do tamanho inicial da lesão, da saúde sistêmica do paciente e da qualidade do tratamento endodôntico e da restauração coronária. A observação de sinais radiográficos como a delimitação progressiva da lesão e a neoformação óssea no período de 6 meses são indicativos de que o processo de cura está em andamento, validando o protocolo terapêutico empregado (UNGARO et al., 2018).

A proservação clínica e radiográfica de 6 e 12 meses, conforme planejado, é o meio indispensável para monitorar a reparação óssea da lesão periapical causada pelo abscesso agudo. O sucesso biológico é determinado pela neoformação óssea na área de rarefação e pela ausência de sinais clínicos e radiográficos de falha, sendo a radiografia o exame padrão para avaliar a cicatrização dos tecidos perirradiculares. A total regressão da lesão radiolúcida é o indicador de que a desinfecção e o selamento endodôntico foram eficazes na eliminação do fator etiológico (SILVA NETO et al., 2022).

A restauração definitiva do dente 14 com resina composta logo após a obturação endodôntica finaliza a cadeia de sucesso do tratamento, proporcionando um selamento coronário superior que protege o material obturador de vazamentos e recontaminação. Estudos demonstram que uma restauração coronária deficiente é uma causa majoritária de falha endodôntica, independentemente da qualidade do tratamento radicular. A restauração com resina composta restaura a função e a estética, contribuindo diretamente para a longevidade do pré-molar tratado (TORABINEJAD & WALTON, 2015).

O desfecho favorável do caso clínico, com a rápida remissão dos sintomas e a eliminação da infecção aguda, ressalta a eficácia de um protocolo endodôntico de urgência bem executado, que prioriza a drenagem e a desinfecção em um tratamento sequencial. A manutenção do dente 14 em função, após um quadro infeccioso grave, demonstra a importância da Endodontia conservadora, que busca reverter processos patológicos complexos por meio de uma abordagem terapêutica multidimensional e baseada em evidências científicas atuais (KAKEHASHI et al., 2023).

4. CONCLUSÃO

O sucesso do manejo do abscesso dentoalveolar agudo no dente 14 foi estabelecido por um protocolo de urgência que integrou drenagem eficaz (via canal e cirúrgica) e suporte farmacológico (analgésicos/AINEs e antibioticoterapia). O tratamento endodôntico sequencial, fundamentado no isolamento absoluto, preparo químico-mecânico rigoroso com hipoclorito de sódio, e a potente desinfecção residual promovida pelo hidróxido de cálcio (Ultracal), eliminou o fator etiológico microbiano.

A remissão completa dos sinais e sintomas permitiu a obturação com condensação lateral e selamento coronário definitivo, que são passos cruciais para prevenir a recontaminação. Desta forma, o caso clínico demonstra que a adesão estrita a um protocolo endodôntico baseado em evidências é o fator determinante para a resolução de infecções agudas e para a preservação funcional do elemento dentário a longo prazo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMINOSHARIAE, A. et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in endodontics: a review of the literature. **Journal of Endodontics**, v. 43, n. 11, p. 1775-1785, 2017.

AZEVEDO, C. R. et al. Antimicrobial resistance in endodontic infections and updated guidelines for antibiotic use. **Endodontic Practice**, v. 2, n. 1, p. 45-58, 2023.

CARVALHO, A. S. et al. Tratamento endodôntico no abscesso dentoalveolar agudo: abordagem terapêutica. **Revista Brasileira de Endodontia**, v. 19, n. 2, p. 103-110, 2020.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. **Caminhos da Polpa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

ESTRELA, C. et al. Mechanism of action of calcium hydroxide on tissue. **Journal of Endodontics**, v. 40, n. 2, p. 159-166, 2014.

FARIA JÚNIOR, L. B. et al. Efficacy of surgical versus non-surgical drainage in acute dentoalveolar abscess: a systematic review. **Brazilian Dental Journal**, v. 35, n. 1, p. 1-10, 2024.

FERREIRA, R. S.; OLIVEIRA, L. F. Diagnóstico e tratamento das infecções endodônticas. **Revista Odontológica**, v. 25, n. 3, p. 145-152, 2021.

GOMES, R. M. et al. Infecções dentárias e suas repercussões sistêmicas. **Jornal de Odontologia**, v. 10, n. 4, p. 210-217, 2023.

KAKEHASHI, T. et al. Conservative endodontic treatment for severe periapical lesions: a case series and review. **International Endodontic Journal**, v. 56, n. 1, p. 89-102, 2023.

MACHADO, C. R. **Endodontia Clínica: Desafios e Soluções**. São Paulo: Santos Publicações, 2022.

MARTINS, P. A.; RIBEIRO, J. S. Procedimentos endodônticos em casos avançados de abscesso dentoalveolar. **Revista Odontológica Brasileira**, v. 13, n. 1, p. 67-75, 2023.

MSD MANUALS. **Como Drenar Abscesso Dentário**. 2025. Disponível em: [Inserir link da fonte online]. Acesso em: 18 out. 2025.

PERALTA MAMANI, M.; HONÓRIO, H. M. **Instrumentação manual vs instrumentação rotatória no tratamento endodôntico: revisão sistemática e meta-análise**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

SANTOS, C. D. et al. Eficácia do hidróxido de cálcio no controle da infecção em tratamentos endodônticos. **Revista Brasileira de Ciências Odontológicas**, v. 18, n. 6, p. 93-100, 2019.

SHEN, Y. et al. The quality of root canal filling and its influence on endodontic success: a systematic review. **Clinical Oral Investigations**, v. 26, n. 3, p. 2501-2515, 2022.

SILVA, F. D. et al. Abscesso dentoalveolar agudo: diagnóstico e manejo. **Jornal Brasileiro de Odontologia**, v. 12, n. 4, p. 145-150, 2022.

SILVA NETO, J. J. et al. Prognostic factors of periapical healing after root canal treatment: a radiographic follow-up study. **International Journal of Dental Research**, v. 15, n. 3, p. 112-120, 2022.

SIQUEIRA JR., J. F. et al. Efficacy of isolation methods in preventing microbial contamination during root canal treatment. **Journal of Endodontics**, v. 46, n. 10, p. 1530-1538, 2020.

SOARES, I.; GOLDBERG, F. **Endodontia: Técnica e Fundamentos**. 2. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2020.

TABASSUM, S. et al. Failures in endodontic treatment and the role of bacterial infection. **Journal of Endodontics**, v. 42, n. 1, p. 15-23, 2016.

TORABINEJAD, M.; WALTON, R. E. **Endodontics: Principles and Practice**. 5. ed. St. Louis: Elsevier Saunders, 2015.

UNGARO, D. M. T. et al. Estimativa do tempo de reparo ósseo em dentes com lesão periapical tratados endodonticamente. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 77, n. 1, p. 55-62, 2018.