

PERIODONTIA



Diagnóstico e lesões periapicais

Visite nosso site e tenha acesso à mais conteúdos de odontologia:

Tigre Odonto

Tópico 2 — Diagnóstico e lesões periapicais

O diagnóstico em Endodontia é, por natureza, **clínico-raciocinado**: você integra **história (dor e tempo), testes pulpares, testes periapicais, exame periodontal, imagem** e achados de restauração/oclusão. Em concursos, a banca costuma "misturar" sinais que parecem semelhantes (dor à mastigação, percussão positiva, radiolucidez) para forçar o candidato a separar: **condição pulpar** versus **condição apical** e diferenciar **origem endodôntica** de **periodontal**.

2.1 Dor e anamnese endodôntica: como traduzir sintoma em hipótese

2.1.1 Parâmetros essenciais da dor

Início e tempo de evolução

horas/dias (agudo) versus semanas/meses (crônico).

Qualidade

latejante, contínua, em pontadas, difusa, localizada.

Estímulo desencadeante

frio, calor, doce, mastigação, mudança postural.

Duração após o estímulo

cessa rápido (tendência reversível) versus persiste (tendência irreversível).

Espontaneidade

dor sem estímulo sugere maior comprometimento pulpar.

Irradiação e localização

dor pulpar pode ser referida; dor apical tende a ser mais localizada (nem sempre).

Analgesia

resposta parcial/curta pode sugerir processo inflamatório intenso.

2.1.2 O que a banca mais explora

Dor ao calor com alívio ao frio

Aparece com frequência em quadros pulpares avançados (fenômeno clínico clássico).

Dor à mastigação/percussão

Aponta para **envolvimento apical/periodontal**, não "apenas pulpar".

Dor difusa

Não exclui dente causador; testes dirigidos resolvem.

2.2 Testes de sensibilidade pulpar: o que medem e como interpretar

2.2.1 Conceito-chave

- ❏ Testes pulpaes (frio, calor, elétrico) avaliam **resposta neural**, não vitalidade vascular diretamente.

Logo:

- dente pode "responder" e ainda estar com polpa doente;

- dente pode "não responder" por calcificação/trauma recente e ainda ter tecido viável.

2.2.2 Teste ao frio ❄️ 🧊 (mais usado em prova)

Resposta rápida e breve

(some ao retirar estímulo):
compatível com polpa
responsiva/sem
inflamação avançada.

Resposta intensa e prolongada

(persiste após remoção):
sugere inflamação pulpar
mais severa.

Ausência de resposta

sugere necrose, mas exige
correlação (restauração
extensa, traumatismo,
dente com coroa protética
etc.).

2.2.3 Teste ao calor 🔥 🌡️

Útil quando há suspeita de dor provocada por quente (padrão de prova). A interpretação segue a mesma lógica: **duração e intensidade importam mais que "sentiu ou não"**.

2.2.4 Teste elétrico (EPT) ⚡

Indica excitabilidade neural, com limitações:
falsos positivos (umidade/contato com metal),
falsos negativos (coroas, calcificação, trauma).

- ❏ É complementar; não deve ser único critério.

2.3 Testes periapicais: percussão, palpação, mobilidade e oclusão

2.3.1 Percussão (vertical e horizontal)

A percussão positiva sugere inflamação no periodonto apical e/ou ligamento periodontal, por exemplo:

**periodontite apical
sintomática**

abscesso apical

**trauma oclusal
(diferencial
importante em
prova)**

Percussão: Vertical versus Horizontal

Percussão Vertical

Se positiva, indica inflamação no ligamento periodontal apical (**Origem Endodôntica** provável).

Percussão Horizontal

Se positiva, sugere inflamação no periodonto lateral ou sobrecarga oclusal lateral (**Origem Periodontal** ou Trauma Oclusal).

Dica do Tigre

Percussão positiva não "fecha" diagnóstico endo sozinha; você precisa do conjunto (testes pulpares + imagem + sondagem).

2.3.2 Palpação apical

Dor à palpação na mucosa sobre ápice sugere envolvimento dos tecidos periapicais e pode orientar o dente-alvo quando há dor difusa.

2.3.3 Mobilidade

Mobilidade pode ocorrer por:

Perda periodontal

Inflamação apical intensa

Trauma oclusal

Fratura radicular

Em Endodontia, mobilidade isolada não define etiologia; ela é um **dado de suporte**.

2.3.4 Teste de mordida / dor à mastigação

Relevante para:

**periodontite apical
sintomática**

**trinca/fratura dentária
(diferencial clássico)**

**restauração alta (trauma
oclusal)**

2.4 Exame clínico dirigido: coroa, restaurações, fraturas e periodonto

2.4.1 Inspeção coronária

- Cárie profunda, restaurações extensas, infiltração, fraturas, desgaste severo.
- Alteração de cor (escurecimento) pode ocorrer após necrose/hemorragia pulpar (trauma).

2.4.2 Sondagem periodontal e o diferencial Endo-Perio

Bolsa profunda estreita e localizada

pode sugerir fratura radicular/trinca (muito cobrado).

Bolsa generalizada e perda óssea difusa

apontam para doença periodontal primária.

Traçado de fístula

(com cone de guta-percha até a origem) ajuda a localizar origem endodôntica e distinguir de drenagem periodontal.

2.5 Diagnósticos pulpare e periapicais

2.5.1 Condições pulpare

Condições pulpare

Polpa Normal

Assintomática, resposta normal aos testes.

Pulpite Reversível

Resposta exacerbada ao estímulo (frio/doce), mas **não persiste**. Sem dor espontânea.

Pulpite Irreversível Sintomática

Dor espontânea, ou dor provocada que **persiste (latejante)** após a remoção do estímulo.

Condições pulpare

Pulpite Irreversível Assintomática

Sem dor clínica, mas com inflamação profunda (ex: cárie exposta).

Formas especiais

Pólipo Pulpar (Pulpite Hiperplásica) e **Reabsorção Interna**.

Necrose Pulpar

Ausência de resposta aos testes térmicos/elétricos. Geralmente assintomática até atingir o ápice.

Condições pulpare

Terapia Iniciada Previamente

Dente que sofreu pulpotomia ou pulpectomia de urgência, mas canal ainda não obturado.

Dente Previamente Tratado

Canal obturado definitivamente.

2.5.2 Condições apicais

Condições apicais

Tecidos Apicais Normais

Sem dor, lâmina dura intacta.

Periodontite Apical Sintomática

Dor à percussão ou mastigação. Pode ou não ter espessamento do ligamento na radiografia. (Pode ocorrer em dentes vitais com trauma oclusal ou em dentes necrosados).

Periodontite Apical Assintomática

Ausência de dor clínica + presença de **radiolucidez apical** (lesão).

Condições apicais

Abscesso Apical Agudo

Instalação rápida, dor espontânea intensa, dor à percussão e, obrigatoriamente, **EDEMA** (inchaço) intra ou extraoral.

Abscesso Apical Crônico

Instalação gradual, pouca ou nenhuma dor, presença de **Trato Sinusal (Fístula)** ativo e radiolucidez apical.

Osteíte Condensante

Resposta óssea defensiva a uma inflamação de baixa intensidade (geralmente pulpíte crônica ou necrose). Imagem: **Radiopacidade difusa** no ápice.

Dica do Tigre

radiolucidez periapical pode representar inflamação crônica (lesão apical), mas no início do processo agudo a radiografia pode não mostrar alteração evidente.

2.6 Exames complementares: radiografia periapical e quando pedir mais

2.6.1 Radiografia periapical (padrão)

É o exame de primeira linha para:

- avaliar rarefação periapical, lâmina dura, espaço periodontal,
- anatomia radicular, canais, curvaturas,
- qualidade de tratamento endodôntico prévio (limite, densidade, falhas iatrogênicas),
- presença de reabsorções, calcificações, fraturas sugestivas (com limitações).

Limitações que caem em prova

Imagem é 2D

sobreposições ocultam lesões;

Lesão apical inicial

pode não aparecer.

2.6.2 Exames adicionais: indicações gerais (quando houver)

Sem entrar em "protocolo", o raciocínio de prova para indicar exames adicionais geralmente inclui:

suspeita de anatomia complexa não esclarecida em 2D,

suspeita de fratura radicular/trinca,

lesões extensas/atípicas, reabsorções, relações anatômicas críticas,

planejamento de retratamento/cirurgia paraendodôntica.

(Em concursos, o exame adicional mais citado é a tomografia de feixe cônico; a banca costuma cobrar **indicação** e **limitação**, não detalhes de parâmetros.)

2.7 Avaliação de dente com tratamento endodôntico prévio (tema recorrente)

Quando há obturação "aquém" do ápice, rarefação persistente ou sintomas:

- considerar **persistência de infecção intrarradicular**, canais não tratados, infiltração coronária, falhas de vedamento, anatomia complexa.
- correlacionar com sintomatologia: percussão e palpação podem indicar reativação apical.

Dica do Tigre

"obturação aquém + lesão" não é diagnóstico fechado por si só; é um achado forte que sustenta hipótese de falha do controle infeccioso e necessidade de reavaliação.

Instituto Verbena – UFG/2017

Um paciente apresenta queixa de dor intensa e localizada em um segundo pré-molar superior com restauração profunda. Verifica-se a ausência de edema e mobilidade. O teste térmico a frio foi negativo. A imagem radiográfica mostra rarefação óssea periapical.

A hipótese de diagnóstico clínico é:

- a) periodontite apical assintomática.
- b) abscesso periapical sem fístula.
- c) periodontite apical sintomática infecciosa.
- d) granuloma periapical.

Comentário do Tigre

- **a) (Incorreta)** O quadro é **doloroso** (“dor intensa e localizada”), portanto não é “assintomática”.
- **b) (Incorreta)** Abscesso apical agudo costuma vir com **edema** e sinais clínicos mais compatíveis; o enunciado destaca ausência de edema.
- **c) (Correta)** Frio **negativo** (sugere necrose/comprometimento pulpar), **rarefação periapical** (envolvimento apical) e **dor intensa/localizada** sustentam **periodontite apical sintomática** de origem infecciosa.
- **d) (Incorreta)** “Granuloma” é denominação **histopatológica**; clinicamente, com dor intensa, a melhor hipótese no padrão de prova é periodontite apical sintomática.

Instituto Verbená – UFG/2017

Um paciente adulto apresenta na região do canino inferior uma fístula. O dente não apresenta cárie ou restaurações, porém observa-se uma bolsa periodontal profunda do lado lingual. Radiograficamente, verifica-se rarefação óssea lateral. O cirurgião-dentista tem como hipótese diagnóstica o abscesso periodontal ou o abscesso periapical.

Para eliminar a hipótese de diagnóstico de abscesso periapical, o dente deverá apresentar

- a) resposta negativa ao teste sensibilidade pulpar.
- b) resposta negativa ao teste mecânico.
- c) resposta positiva imediata ao teste sensibilidade pulpar ao calor.
- d) resposta positiva imediata ao teste sensibilidade pulpar ao frio.

Comentário do Tigre

- **a) (Incorreta)** Resposta **negativa** sugere polpa necrótica/sem vitalidade, o que **favorece** origem endodôntica (abscesso periapical), não elimina.
- **b) (Incorreta)** “Teste mecânico” (ex.: percussão/palpação) pode estar positivo em ambas as condições e **não diferencia** com segurança origem endodôntica x periodontal.
- **c) (Incorreta)** Resposta ao **calor** pode ser variável (inclusive com respostas tardias/atípicas). O dado mais clássico e útil, no padrão de prova, é a **resposta imediata ao frio** indicando vitalidade.
- **d) (Correta)** Resposta **positiva imediata ao frio** indica **vitalidade pulpar**, o que torna **improvável** abscesso periapical (geralmente associado à necrose pulpar), favorecendo a hipótese periodontal.

Instituto Verbena – UFG/2017

Um paciente procurou atendimento odontológico com desconforto no dente 34 por causa de perda de restauração há seis meses. O tratamento endodôntico foi feito há aproximadamente cinco anos. Ao exame radiográfico, a obturação do canal radicular apresenta-se incompleta e aquém do limite apical desejável. Extensa rarefação óssea periapical envolve o ápice deste dente. A hipótese de diagnóstico é:

- a) periodontite apical assintomática.
- b) retratamento.
- c) necropulpectomia.
- d) cisto periapical.

Comentário do Tigre

- **a) (Correta)** Rarefação periapical extensa associada a dente previamente tratado endodonticamente, muitas vezes sem sinais exuberantes, é compatível com **periodontite apical assintomática** (condição crônica periapical).
- **b) (Incorreta)** “Retratamento” é **conduta terapêutica**, não hipótese diagnóstica.
- **c) (Incorreta)** “Necropulpectomia” é **procedimento**, não diagnóstico.
- **d) (Incorreta)** “Cisto periapical” é hipótese **histopatológica**; radiograficamente não se diferencia com segurança de outras lesões periapicais crônicas, então não é a melhor alternativa quando se pede hipótese clínica.

Referências

1. Hargreaves KM, Berman LH (eds.). **Cohen's Pathways of the Pulp**.
2. Ingle JI, Bakland LK, Baumgartner JC (eds.). **Ingle's Endodontics**.
3. Bergenholtz G, Hørsted-Bindslev P, Reit C. **Textbook of Endodontology**.
4. Siqueira JF Jr. **Microbiology of endodontic infections** (base conceitual para persistência/infecção e correlação clínico-radiográfica).
5. American Association of Endodontists (AAE). **Endodontic Diagnosis e Glossary of Endodontic Terms** (terminologia diagnóstica consolidada).