

CIRURGIA PARA-ENDODÔNTICA: RELATO DE CASO CLÍNICO

SURGERY PARAENDODONTIC: REPORT OF CASE

JAILLA SUELLEN DA SILVA^{1*}, RENATO VICTOR OLIVEIRA²

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá; 2. Odonto-cirurgião. Mestrado em Implantodontia. Docente do Curso de Graduação em Odontologia da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá.

* *Rua Osvaldo Cruz, 263, Apto 408A, Zona 07, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 870202-000 j.aislla@hotmail.com

Recebido em 28/08/2016. Aceito para publicação em 16/12/2016

RESUMO

O caso clínico relatado a seguir, visa a apresentação das modalidades dentro da cirurgia paraendodôntica, suas indicações diante das diversas situações. Em específico, o artigo mostra a obturação simultânea ao ato cirúrgico e a realização da plastia apical no dente 21, e a cicatrização dos tecidos de sustentação após a remoção de toda a lesão radicular que estava causando o exudato inflamatório que não regredia com a medicação intra canal.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia paraendodôntica, obturação simultânea, lesão apical.

ABSTRACT

The case reported below clinical, aimed at presenting the modalities within Paraendodontic surgery and its indications on the various situations in specific the article shows the simultaneous closure to the surgery and the realization of the apical plasty in the tooth 21, and tissue healing support after the removal of the entire root lesion causing the inflammatory fluid was not regressed with medication intra channel.

KEYWORDS: Paraendodontic surgery, simultaneous obturation, apical lesion.

1. INTRODUÇÃO

A evolução técnica e científica nos tratamentos endodônticos tem proporcionado índices de sucesso de até 90% dos casos¹.

Diante dos casos de fracassos da endodontia, depois do tratamento realizado e os canais devidamente obturados e restaurados ou dentes com núcleo intra radicular que são suporte de prótese fixa, casos de lesões apicais persistentes ou com característica de cisto, canais calcificados e com lesões, instrumentos fraturados onde é impossível a remoção com acesso pela câmara pulpar, perfurações, degraus, diante dessas situações indica-se a cirurgia paraendodôntica^{2,3}.

A cirurgia paraendodôntica é indicada quando não é possível o acesso pela câmara pulpar para tratar a lesão, quando algum instrumento fraturado dentro do conduto impossibilita o acesso ao ápice, quando ocorre o extravasamento de material obturador, perfurações periapicais, dentes com impossibilidade de retratamento, dentes com próteses fixas e núcleos⁴.

As contra-indicações locais e gerais estão associadas quando tem a possibilidade de fazer o tratamento convencional ou retratamento do canal radicular, e quando não tem a possibilidade de acesso cirúrgico, processos patológicos em fase aguda, suporte periodontal insuficiente, injúria de estruturas anatômicas, paciente com doença sistêmica descompensada, alergias, alterações sanguíneas, pacientes sob terapia anticoagulantes, hipertensão, infartos recentes, pacientes que há pouco tempo se submeteram a radioterapia nos maxilares^{3,4}.

Existem algumas modalidades cirúrgicas dentro da cirurgia paraendodôntica, sendo as mais utilizadas a apicectomia com obturação retrógrada, a curetagem periapical, obturação simultânea ao ato cirúrgico, retro instrumentação e obturação³.

A apicectomia é a remoção, o corte da região apical do dente indicado³. Essa modalidade é indicada em situações na qual a uma lesão que persiste após a endodontia, instrumentos fraturados na região apical, perfurações, presença de reabsorção externa apical, degraus².

Apicectomia com obturação retrógrada é a remoção da região periapical com a obturação do canal radicular com acesso pelo ápice ou invés do acesso ser via câmara pulpar realizado no tratamento endodôntico tradicional².

Curetagem apical é a modalidade cirúrgica que consiste em remover da região periapical a lesão ou qualquer material obturador que foi extravasado e está causando danos a região apical ou patologia^{2,3}. Em alguns casos, onde houve a necrose pulpar e formou uma lesão periapical, com microrganismos de difícil remoção com os medicamentos endodônticos e instrumentação onde a lesão persiste, indica-se a curetagem para a remoção dessa colônia de microrganismos⁵.

A obturação simultânea ao ato cirúrgico é realizada

quando a obturação do canal radicular acontece durante o ato da cirurgia. É indicada essa modalidade quando é difícil secar o canal radicular, rizogênese incompleta, quando o ápice está aberto⁶.

Retro instrumentação com retro obturação é a instrumentação e obturação do canal radicular via apical, esta indicada para dentes que são pilar de prótese fixa que está satisfatória e instrumentos fraturados na região apical.

2. RELATO DE CASO

O paciente C. S., sexo masculino, 40 anos de idade, compareceu a clínica odontológica da UNINGÁ – Centro Universitário Ingá, queixando-se de uma bolinha na região dos incisivos superiores que drenava pus.

Durante a anamnese e exame clínico, o paciente apresentou um bruxismo severo, queixando-se de dor de cabeça ao acordar e com grande desgaste nas incisais e oclusais dos dentes, no exame clínico observou-se alteração na coloração do dente 21, evidenciou-se dor à palpação e ao teste térmico notou-se ausência de sensibilidade e observou-se uma fistula, radiograficamente observou-se na região do ápice do dente 21 uma imagem radiolúcida (Figura 1).

Foi iniciado o tratamento endodôntico com anestesia, abertura coronária e neutralização do canal irrigando-se o canal radicular com hipoclorito de sódio a 2,5%.

Nessa primeira sessão, após todo o preparo biomecânico preconizado pela Uningá, foi realizada a secagem do canal radicular e inserida a medicação intracanal, pasta de Hidróxido de Cálcio com propilenoglicol e o selamento coronário provisório foi realizado com Coltosol. Essa medicação intracanal foi trocada após duas, quatro e seis semanas, e observou-se uma instalação de exudato persistente associada à lesão que não diminuiu com a troca de medicamento, então optamos por uma intervenção cirúrgica com a realização da obturação do canal simultaneamente a cirurgia de remoção da lesão e plastia do ápice.

Foi realizado o bloqueio do nervo nasopalatino e infiltrativa por vestibular na região do 21, com solução anestésica de mepivacaina a 2% a incisão de escolha foi a semilunar com lâmina de bisturi número 15, abrangendo o ápice do 11 e 21, 22 e preservando a estrutura anatômica da região, foi realizado o deslocamento do retalho mucoperiosteal e acesso ao ápice do dente 21 com broca 702 em alta rotação com abundante irrigação com solução fisiológica para desgaste do osso e acesso a lesão (Figura 2).

Foi removida toda a lesão apical com cureta de Lucas número 86 e lavou-se a cavidade com soro fisiológico, depois removeu-se a restauração provisória e com a lima anatômica final #70, realizou-se a remoção do medicamento intra canal, foi feita a limpeza do canal radicular,

secagem e controle do sangramento e obturação com o cimento obturador (EndoFill) e cones de guta percha principal e acessórios envolvidos no cimento obturador extravasando o ápice e preenchendo todo o canal radicular (Figura 3). Foi realizado o corte dos cones acessórios e condensação vertical e remoção dos excessos e limpeza da câmara pulpar com álcool e restauração provisória com Cimento Ionômero de Vidro. No ápice do dente foram removidos os cones extravasados e realizado o alisamento apical com uma lima óssea como mostra a (Figura 4). Foi realizada a sutura com fio de seda e pontos simples (Figura 5).



Figura 1. Periapical inicial.

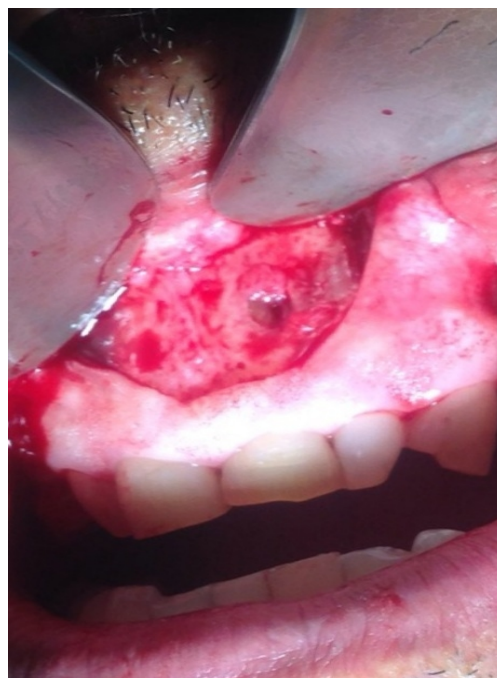


Figura 2. Acesso cirúrgico



Figura 3. Obturação.



Figura 4. Aspecto da loja cirúrgica depois da remoção da lesão e remoção de excesso do material obturador e alisamento do ápice



Figura 5. Aspecto final após a sutura.

Foi realizada a prescrição de antibiótico por sete dias e analgésico e antiinflamatório por três dias. A radiografia foi realizada nove meses depois (Figura 6). As suturas foram removidas após sete dias da cirurgia.



Figura 6. Aspecto radiográfico após 9 meses.

3. RESULTADOS

A cirurgia paradodônica veio com o intuito de solucionar problemas que não foram resolvidos pelo tratamento endodôntico convencional ou iatrogênias causadas por ele⁷. Tem por objetivo promover o isolamento do canal radicular e por tanto, a contaminação bacteriana

dos tecidos ao redor do ápice e estimulando a cicatrização desses tecidos⁸.

Devemos destacar que o procedimento cirúrgico deve ser escolhido depois do insucesso diante ao tratamento endodôntico convencional, que é o de primeira escolha⁹.

Quando não é possível conter o exudato persistente nos tecidos periapicais com a medicação intracanal é indicada a obturação simultânea ao ato cirúrgico^{10,11}. Estudos têm demonstrado que uma irrigação abundante associada de uma boa instrumentação do canal possibilita uma grande eliminação de bactérias¹².

Segundo Tronstad (1988)¹³, o hidróxido de cálcio, como medicação de demora dentro do canal radicular, promove uma alteração no Ph da região de ácido por causa da lesão e quantidade de bactérias presentes, para básico por via dos túbulos dentinários. Com função de tornar o local apropriado para uma neo formação óssea.

Porém, no caso relatado não foi possível conter a infecção com o hidróxido de cálcio como medicação intracanal. Diante disso, optamos pela obturação do canal simultâneo a cirurgia.

A exposição do ápice do dente facilita a biomecânica e permite uma obturação mais eficiente no permite uma condensação sem a preocupação de extravasamento do material obturador.

Removendo a lesão apical, obtemos um conduto livre de exudato inflamatório, permitindo a obturação e neo formação dos tecidos da região apical. A cirurgia com acesso ao ápice permite a remoção de todo o material que está contaminando esse local¹⁰.

Com o acompanhamento radiográfico do caso, podemos observar a neo formação óssea e o tempo de cicatrização. O sucesso e insucesso podem ser vistos nos primeiros semestres após a realização da cirurgia¹⁴.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que as técnicas cirúrgicas paraendodôntica de obturação simultânea ao ato cirúrgico a plastia apical também promove um vedamento apical satisfatório e, com toda a remoção do tecido infectado na região apical, permite uma boa cicatrização e formação do tecido perdido. O tratamento foi eficaz diante do caso relatado.

REFERÊNCIAS

- [01] Gutmann JL, Harrison JW. Surgical endodontics. Boston: Blackwell, 1991.
- [02] Bernabé PFE, Holland R. Cirurgia paraendodôntica: como praticá-la com embasamento científico. In: ESTRELA, C. Ciência endodôntica. v. 2. São Paulo: Artes Médicas; 2004; 657-797.
- [03] Leal JM, Bampa JU, Polisel Neto A. Cirurgias paraendodônticas: indicações, contra-indicações, modalidades cirúrgicas. In: Leonardo MR. Endodontia – tratamento de

- canais radiculares: princípios técnicos e biológicos. São Paulo: Artes Médicas; 2005; 1.263-343.
- [04] Rosa RA, Pagliarin CL, Carvalho MGP, Dotto SR, Flores JA. Apicetomia associada à obturação retrógrada utilizando agregado trióxido mineral (MTA) – relato de caso clínico. Revista Dentística online. 2007;85-92. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/dentisticaonline>>.
- [05] Kuga MC, Tanomaru, M. Cirurgia perirradicular. In: Lopes, HP; Siqueira Junior, JF. Endodontia: biologia e técnica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004; 887-918.
- [06] Bramante CM, Berbert A. Cirurgia paraendodôntica. 2007. Revisão de literatura. Revista Interdisciplinar NOVAFAP, Teresina. 2011; 4(4):55-60.
- [07] Bramante CM, Berbert A. Cirurgia paraendodôntica. São Paulo: Santos; 2000.
- [08] Friedman S. Retrograde approaches in endodontic therapy. Endod. Dent. Traumatol., Copenhagen, 1991; 7: 97-107.
- [09] Moiseiwitsch JRD, Trope M, Hill C. Nonsurgical root canal therapy treatment with apparent indications for rootend surgery. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., St. Louis, 1998; 86:335-340.
- [10] Leonardo MR, Leal JM. Endodontia: tratamento de canais radiculares. 3ª ed. São Paulo: Panamericana, 1998.
- [11] Araújo EAF. de *et al.* Obturação do canal radicular simultânea ao ato cirúrgico: caso clínico. JBC: J. Bras. Clin. Odontol. Int., Curitiba, 2004; 8(46):319-323.
- [12] Sundqvist G. *et al.* Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative retreatment. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod., St. Louis, 1998; 85:86-93.
- [13] Tronstad L. Root resorption, etiology, terminology, and clinical manifestation. Endod. Dent. Traumatol., Copenhagen, 1988; 4:241- 252.
- [14] Rud J, Andreasen JO, Jensen JE. Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. Int. J. Oral Surg., Copenhagen, 1972; 1(4):195-214.