

Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso

ALMEIDA-FILHO, Joel; ALMEIDA, Gustavo Moreira de; MARQUES, Eduardo Fernandes; BRAMANTE, Clóvis Monteiro. **Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso.** Oral Sci., Jan/Dez. 2011, vol. 3, nº. 1, p. 21-25.

RESUMO: A lesão periapical que após tratamento endodôntico não regride formando exsudato, pode ser considerada como uma doença persistente devendo ser tomadas medidas clínicas de alta complexidade para sua resolução. Este artigo descreve um caso clínico no dente 36 de uma doença periapical recorrente após tratamento endodôntico com insucesso, sendo então encaminhado inicialmente para um retratamento, subsequentemente uma cirurgia periapical e finalizando com uma análise histopatológica do material colhido. Neste trabalho se discute a relevância da cirurgia paraendodôntica em casos onde o tratamento endodôntico convencional de boa qualidade não consegue curar.

PALAVRAS-CHAVE – tratamento endodôntico; cirurgia paraendodôntica; apicectomia.

Joel ALMEIDA-FILHO¹
Gustavo Moreira de ALMEIDA²
Eduardo Fernandes MARQUES³
Clóvis Monteiro BRAMANTE⁴

¹ Especialista em Endodontia pelo Centro Educacional Costa do Cacau – CECC, Ilhéus, BA, Brasil.

² Especialista em Endodontia pela PUC-RJ, Mestre em Endodontia pela São Leopoldo Mandic-SP, Professor e Coordenador do Curso de Especialização do Centro Educacional Costa do Cacau - CECC, Ilhéus, BA, Brasil.

³ Especialista e Mestre em Endodontia pela São Leopoldo Mandic-SP; Professor do Curso de Especialização do Centro Educacional Costa do Cacau - CECC, Ilhéus, BA, Brasil.

⁴ Professor Titular de Endodontia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo

Recebido. 30 de Janeiro de 2011
Aceito. 12 de Abril de 2011

Introdução

Devido à evolução nas áreas técnica, científica e biológica, os procedimentos de limpeza e modelagem dos canais radiculares vem atingindo aumento nos índices de sucesso que variam entre 65% e 90% (1). Mas, apesar de todo crescimento, os tratamentos endodônticos continuam sendo realizados, através de passos operatórios técnicos que são passíveis a falhas, acidentes e as mais variadas complicações que podem aparecer durante a clínica diária (2).

Diante do fracasso do tratamento endodôntico, existe ainda a possibilidade do retratamento que sempre será a primeira opção de escolha nestes casos. A cirurgia paraendodôntica mostra-se como uma excelente alternativa em situações onde se necessita a resolução de problemas não solucionados pelos primeiros procedimentos e/ou retratamento dos canais radiculares (3). A contaminação cariiosa é a razão primária da inflamação periapical e prognóstico de flare-up em dentes tratados em única sessão (4,5), sendo assim, a cirurgia não deve ser considerada a primeira escolha, por não promover a limpeza e o

desbridamento do canal radicular (6).

A cirurgia paraendodôntica está indicada em casos de infecções periapicais persistentes, com cronicidade e extensa área radiolúcida apical, acessos coronais restritos devido a um insuficiente selamento retrógrado ou pinos radiculares que tenham impossibilidade de remoção, perfuração e fratura do terço apical, além de calcificações pulpares no terço cervical e médio (7). Fatores interferem no prognóstico da cirurgia periapical, tais como: condições sistêmicas do paciente, o dente envolvido, quantidade e localização de reabsorção óssea, qualidade prévia do tratamento ou retratamento realizado, grau de microinfiltração oclusal nas restaurações, materiais cirúrgicos retrobturadores, técnica envolvida, bem como a habilidade e experiência do cirurgião (8,9).

As modalidades cirúrgicas mais utilizadas para a resolução das dificuldades, acidentes e complicações na Endodontia, variam desde uma simples curetagem com alisamento ou plástica apical, apicectomia, apicectomia com obturação retrógrada e até a obturação do canal simultaneamente ao ato cirúrgico (10).

O objetivo deste artigo é relatar um caso clínico de cirurgia parodontônica com apicectomia e curetagem das raízes do dente primeiro molar inferior do lado esquerdo (elemento 36), enfatizando a técnica e os passos operatórios seguidos no tratamento para obtenção do sucesso do procedimento.

Relato do caso

Paciente do gênero feminino, 42 anos, leucoderma, procurou a Clínica do Curso de Especialização em Endodontia do CECC (Centro Educacional Costa do Cacaú - Ilhéus/BA), relatando uma alteração na região de mandíbula, lado esquerdo, sem sintomatologia dolorosa.

Na anamnese, a paciente apresentava história pregressa de tratamento endodôntico no dente 36 há quase quatro anos. Naquele momento não se observou mobilidade ou alteração na coloração dentária. Ao exame clínico, não se evidenciou dor à palpação, e radiograficamente, foi evidenciada uma área radiolúcida que envolvia os ápices radiculares entre os dentes 35 e 37 (Figura 01) e possível rompimento da cortical óssea vestibular.



Figura 01 - Radiografia inicial antes do retratamento

Antes de se iniciar o procedimento, foi realizada uma punção onde foi coletada uma mínima quantidade de um líquido citrino. Realizou-se então a anestesia por bloqueio da região alveolar inferior esquerda, com complementação da anestesia infiltrativa pela vestibular. Realizou-se então o retratamento do dente (Figura 02), para em seguida iniciarse a cirurgia com uma incisão intrasulcular, utilizando-se lâmina de bisturi nº 15 (Suzhou Kyuan Medical Apparatus Co. Ltd. – China), estendendo-se da mesial do dente 1º pré-molar inferior esquerdo até a distal do 2º molar inferior do mesmo lado (Figura 03).

Com o auxílio de uma broca tronco-cônica nº 701 (JET Carbide – Beavers Dental -Canadá), em alta rotação e sob abundante irrigação com soro fisiológico (Laboratório Farmacêutico Arboreto Ltda. – Brasil), foi realizado desgaste na cortical óssea vestibular, na região logo abaixo do dente nº 36 no sentido de unir-se com os pontos de rompimento da cortical óssea acometidos pela própria lesão.

Depois também foi utilizado cinzel para continuar removendo o osso, agora de uma maneira menos invasiva no sentido de não romper a cápsula cística. Foi aberta uma loja óssea, no intuito de remover a lesão integralmente com a ajuda do dorso das curetas.



Figura 02 – Após o retratamento



Figura 03 – Acesso cirúrgico

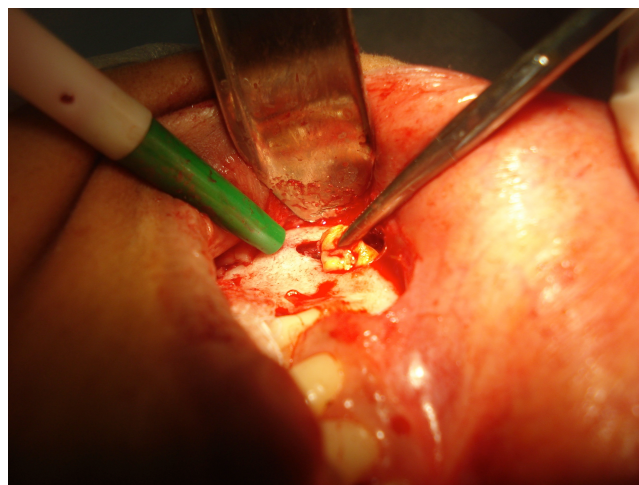


Figura 04 – Remoção da lesão

Após a remoção de toda a peça cirúrgica (Figura 04), foi realizada também a apicectomia no sentido mésio-distal para se formar um ângulo de 90° com o longo eixo do dente (Figura 05).



Figura 05 – Imagem após apicectomia



Figura 06 – Imagem final após colocação do sulfato de cálcio

Durante toda a remoção das porções apicais manteve-se intensa irrigação com soro fisiológico para lavagem da loja cirúrgica, na tentativa da remoção total de restos necróticos da lesão, raspas de osso e do ápice radicular que tinha acabado de ser removido. A loja cirúrgica foi limpa e seca com gazes estéreis, e preenchida com uma pasta, de consistência firme, da junção do sulfato de cálcio com soro fisiológico, para melhor reposicionamento do retalho gengival evitando um abaulamento ósseo nesta região durante a neoformação óssea. A sutura realizada foi com pontos simples interrompidos na região de incisão relaxante nas laterais e interdentais na região de papilas gengivais com fio Vicryl 4.0 (Brasuture Ind. Com. Imp. Exp. Ltda. – Brasil). Foi realizada radiografia periapical logo após a finalização do procedimento (Figura 06) e feita a prescrição de anti-inflamatório por seis dias (Nimesulida 100 mg) e antibiótico por sete dias (Amoxicilina 500 mg). A sutura foi

removida sete dias após a cirurgia e aguardou-se seis meses depois do procedimento para a preservação, como mostra a figura 07. O diagnóstico por imagem é uma área que tem passado por constantes avanços tecnológicos, e tem sido amplamente utilizado na Odontologia. Assim, todo Cirurgião-dentista deve possuir conhecimento suficiente para que possa indicar corretamente cada tipo de exame por imagem, visando melhor diagnóstico e planejamento de seu tratamento. Concordamos com Bissoli et al. (11) quando o mesmo afirma que o sistema de Tomografia Computadorizada Cone-beam é de relevante importância para o diagnóstico, localização e reconstrução de imagens tomográficas com excelente precisão, auxiliando os profissionais da área da saúde no planejamento e tratamento do paciente.

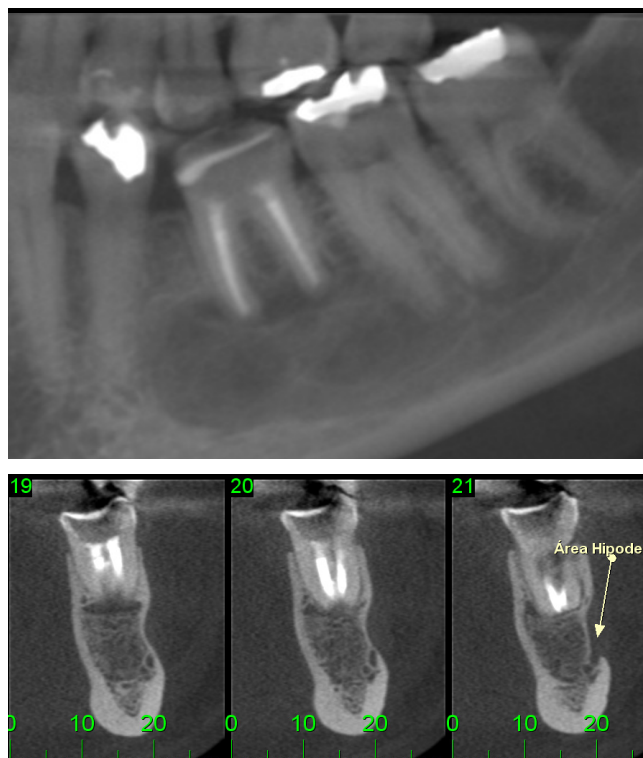


Figura 07 - Cortes tomográficos após seis meses do tratamento realizado

Discussão

Os índices de sucesso e insucesso nas cirurgias paraendodônticas são bastante variáveis (12). Lesões periodontais apicais decorrem da contaminação bacteriana ao longo do canal radicular. A cirurgia paraendodôntica objetiva promover o isolamento do canal radicular, consequentemente, barrar a contaminação bacteriana dos tecidos apicais e periapicais, estimulando assim a cicatrização. Deve-se ressaltar que a cirurgia só deve ser realizada após o tratamento endodôntico convencional, ou quando os índices de risco e benefício da endodontia resultarem em um prognóstico incerto de sucesso. O presente caso está de acordo com a recomendação de Moiseiwitsch et al. (6) sobre realizar a cirurgia

parendodôntica somente depois de findada a tentativa de tratamento por meio da endodontia convencional.

Araújo et al. (13) demonstram que uma correta instrumentação do canal, acompanhada de irrigação abundante, é capaz de reduzir drasticamente o número de bactérias. No caso relatado, houve dificuldade em se debelar a infecção, pois a área comprometida era extensa e, mesmo utilizando-se medicação intracanal e sistêmica, não houve o resultado esperado. Kuga (10) e Rud et al. (12) são concordantes com o presente artigo na escolha da técnica de obturação radicular simultânea ao ato cirúrgico e também obtiveram sucesso na realização de tal procedimento.

A exposição cirúrgica do ápice facilita a biomecânica do canal radicular, permitindo uma obturação mais eficiente e uma condensação vigorosa sem a preocupação de extravasamento de material obturador. Removendo-se o material patológico do periápice, obtém-se um conduto ausente de exsudação, favorecendo a completa obturação e regeneração do tecido de sustentação. O acesso cirúrgico ao ápice permite a eliminação de elementos estranhos na região, como material obturador extravasado ou instrumento fraturado, ou ainda a remoção do ápice radicular fraturado (2).

Concordamos também com Rud et al. (12), quando dizem que o acompanhamento radiográfico pós-operatório apresenta cicatrização incerta após um ano, enquanto que a completa cicatrização é alcançada em quatro anos. Elementos dentais com sinais de sucesso ou insucesso evidenciam-se nos primeiros seis a doze meses de acompanhamento pós-operatório. A associação do tempo decorrido e diâmetro da cavidade óssea da lesão são determinantes nas evidências radiográficas do processo cicatricial, segundo Jansson et al. (14), observou-se a diminuição progressiva da cavidade e neoformação óssea em apenas seis meses de acompanhamento pós-operatório. O Sulfato de Cálcio tem sido utilizado por Sottosanti (15) por ser seguro, fácil de manipular, totalmente reabsorvível, osteo condutor, barato, não necessita de uma segunda cirurgia (como as membranas não reabsorvíveis), fecha completamente o retalho. As possíveis razões para o questionamento do sucesso podem ser: tempo de reabsorção muito rápido, friabilidade, indicação incorreta ou defeito na técnica de aplicação. Gutmann & Harrison (16) demonstraram o efeito de barreira Surgiplaster, em tratamento de lesões endo-perio em lesões perfurantes e Danin (17) em elevação do seio maxilar. Bramante & Berbert (18) propôs uma nova técnica de aplicação, sendo por mim escolhida para este caso. O exame histopatológico concluiu tratar-se de processo inflamatório crônico com fibrose (Abscesso).

Conclusões

A cirurgia paraendodôntica é um dos recursos utilizados toda vez que não for possível a remoção do agente etiológico via endodonto, na tentativa de manter o elemento dentário. Sempre que possível, deve ser associada ao retratamento endodôntico. Qualquer técnica é válida desde que atinja o objetivo que é a remoção do agente

causal. Um planejamento minucioso torna-se crítico para o sucesso. Conclui-se, que as técnicas cirúrgicas paraendodônticas de obturação do canal radicular, quando associadas à remoção de todo tecido infectado do periápice e do osso, permitem o estabelecimento de condições favoráveis para neoformação óssea.

Abstract

ALMEIDA-FILHO, Joel; ALMEIDA, Gustavo Moreira de; MARQUES, Eduardo Fernandes; BRAMANTE, Clóvis Monteiro. **Apical surgery: case report.** Oral Sci., Jan/Dez. 2011, vol. 3, nº. 1, p. 21-25.

The apical periodontitis after root canal treatment may be considered as a persistent disease, and clinical measures be taken to solve highly complex in these cases. This article describes a clinical case of a periapical disease recurring after treatment failure, and then referred to a subsequent retreatment with periapical surgery and histopathologic analysis of the collected material. This paper discusses the relevance of paraendodontic surgery in cases where conventional endodontic treatment of good quality can not cure.

KEYWORDS: endodontic treatment; paraendodontic surgery; apicoectomy.

Referências

1. Iqbal MK, Kim S. A review of factors influencing treatment planning decisions of single-tooth implants versus preserving natural teeth with nonsurgical endodontic therapy. J Endod 2008;34:519-29.
2. Leonardo MR, Leal JM. Endodontia: tratamento de canais radiculares. 3a ed. São Paulo: Panamericana; 1998.
3. Lewis RD, Block RM. Management of endodontic failures. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988;66:711-21.
4. Sjögren U, Figdor D, Persson S, Sundqvist G. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. Int Endod J 1997;30:297-306.
5. Sundqvist G, Figdor D, Persson S, Sjögren U. Microbiologic analysis of teeth with failed endodontic treatment and the outcome of conservative retreatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:86-93.
6. Moiseiwitsch JR, Trope M. Nonsurgical root canal therapy treatment with apparent indications for rootend surgery. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;86:335-340.
7. Allen RK, Newton CW, Brown CE Jr. A statistical analysis of surgical and nonsurgical endodontic retreatment cases. J Endod 1989;15:261-266.
8. August DS. Long-term, post surgical results on teeth with periapical radiolucencies. J Endod 1996;22:380-383.
9. Lustmann J, Friedman S, Shaharabany V. Relation of pre and intra operative factors to prognosis of posterior apical surgery. J Endod 1991;17:239-241.

10. Kuga CM, et al. Cirurgia paraendodôntica com obturação simultânea dos canais radiculares. *R Assoc Paul Cir Dent* 1992;46:817-820.
11. Bissoli CF, Agreda CG, Takeshita WM, Castilho JCM, Medici Filho E, Moraes MEL. Importancia y aplicación del sistema de tomografía computadorizada Cone Beam (CBCT). *Acta Odontol Venezolana* 2007; 45(4).
12. Rud J, Andreasen JO, Jensen J.E. Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. *Int J Oral Surg* 1972;1:195-214.
13. Araújo EAF, de et al. Obturação do canal radicular simultânea ao ato cirúrgico: caso clínico. *JBC: J Bras Clin Odontol Int* 2004;8:319-323.
14. Jansson L, Sandstedt P, Láftman AC, Skoglund A. Relationship between apical and marginal healing in periradicular surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;83:596-601.
15. Sottosanti J. Calcium sulfate: a biodegradable and biocompatible barrier for guided tissue regeneration. *Compendium* 1992;13:226-228, 230, 232-234.
16. Gutmann JL, Harrison JW. Posterior endodontic surgery: anatomical considerations and clinical techniques. *Int Endod J* 1985;18:8-34.
17. Danin J, Linder LE, Lundqvist G, Ohlsson L, Ramsköld LO, Strömberg T. Outcomes of periradicular surgery in cases with apical pathosis and untreated canals. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999;87:227-232.
18. Bramante CM, Berbert A. Cirurgia paraendodôntica / Paraendodontic surgery. São Paulo, Santos, 2000. 131p.