

Cirurgia Parendodôntica Associada a Renegeração Óssea Guiada – Relato de Caso

Endodontic Surgery Associated with Guided Bone Regeneration – Case Report

Clayton Luiz Gorny Junior¹ Ubiracy Gaião², Melissa Pallu Davaus³, Camila Vieira Schrederhof¹, Juliana Santos Martins¹, Jeferson Luis de Oliveira Stroparo^{1,4*}

RESUMO

Atualmente, com os avanços das técnicas utilizadas no tratamento endodôntico, o índice de sucesso do tratamento é cada vez mais presente na rotina clínica do cirurgião dentista, porém ainda ocorrem alguns casos de insucesso, assim, comumente nos deparamos que após o tratamento endodôntico, ainda há casos de persistência de lesões apicais que não regrediram com o tratamento convencional sendo necessário a realização de uma intervenção cirúrgica. O objetivo deste relato de caso visa apresentar a eficácia da cirurgiaarendodôntica em casos de lesão periapical persistente, mesmo após o tratamento endodôntico convencional. O procedimento cirúrgico realizado foi através com a técnica da apicectomia com corte de 90° graus para menor redução dental apical e redução da micro infiltração apical. Pode-se concluir que a cirurgiaarendodôntica está sendo cada vez mais utilizada para resolver casos de insucessos no tratamento e retratamento convencional, conseguindo eliminar a lesão por completo, mantendo assim os elementos dentários, sem mobilidade e com uma completa regeneração óssea quando bem realizada.

Palavras-chave: Cirurgiaarendodôntica; Tratamento endodôntico; Lesão Periapical.

ABSTRACT

Currently, with advances in techniques used in endodontic treatment, the treatment success rate is increasingly present in the clinical routine of the dental surgeon, but there are still some cases of failure, so we commonly find that after endodontic treatment, even there are cases of persistence of apical lesions that did not regress with conventional treatment, requiring surgical intervention. The objective of this case report is to present the effectiveness of endodontic surgery in cases of persistent periapical lesion, even after conventional endodontic treatment. The surgical procedure performed was through the technique of apicectomy with a 90° cut for less apical dental reduction and reduction of apical microleakage. It can be concluded that endodontic surgery is being increasingly used to resolve cases of failure in conventional treatment and retreatment, managing to eliminate the lesion completely, thus maintaining the dental elements, without mobility and with complete bone regeneration when well performed.

Keywords: Endodontic surgery; Endodontic treatment; Periapical lesion.

INTRODUÇÃO

¹ Centro Universitário do Paraná (UNIPA) Curitiba, Paraná, Brazil.

*E-mail: jef_stroparo@hotmail.com

² Capacita Dental Training – Curitiba - PR

³ Consultório Privado- Curitiba- PR

⁴ Universidade Positivo, Escola de Ciências da Saúde, Curitiba, Paraná, Brasil

Atualmente, com os avanços das técnicas utilizadas no tratamento endodôntico, o índice de sucesso é cada vez mais presente na rotina clínica do cirurgião dentista, porém de segundo HUPP et al. (2009) ainda ocorrem em 10% a 15% dos casos a recidiva ou a persistência dos sintomas, portanto, para resolução de eventuais casos é indicado a cirurgia parendodôntica.

Encontram-se diferentes tipos de cirurgias periapicais, com distintos nomes conforme com o que se almeja no resultado do tratamento (FILHO e ORSO, 2006).

Segundo LODI et al. (2007) o procedimento é indicado quando não é possível ter acesso aos canais dos respectivos dentes com algum tipo de lesão periapical, em razão de canais calcificados, próteses fixas e núcleos intracanaís ou instrumentais fraturados. Também pode ser recomendado para casos de inviabilidade de retratamento, extravasamento de material obturador ou imperfeição no tratamento convencional.

Contudo esses tipos de lesões periapicais podem ter algumas causas, podendo ser endógena, relacionada a polpa do dente e ou qualquer agente externo que a contamine, ou exógenas, podendo estar relacionada a lesão endoperio, além disso, seguindo a histologia e a morfologia oral, também há possibilidade do tratamento endodôntico convencional ser ineficaz frente a casos de reabsorção do cimento e dentina, formando as lacunas de howship, ocasionando uma colônia de biofilme em região extrarradicular, onde não é possível a utilização de instrumentos ou soluções utilizadas no tratamento endodôntico, uma vez que a área contaminada por esses micro-organismos está fora da área de ação desses agentes. (LODI et al. 2007; MOISEIWITSCH E TROPE, 1998).

As contraindicações podem ser de ordem geral ou local. Quando a viabilidade de tratamento ou retratamento endodôntico e não possui acesso cirúrgico, suporte periodontal escasso, processos patológicos de forma aguda, está relacionado a ordem local. E as de ordem geral, está relacionada ao estado do paciente associada a saúde geral e grau de comprometimento sistêmico (HUPP et al. 2009; LODI et al. 2007, MOISEIWITSCH e TROPE, 1998)

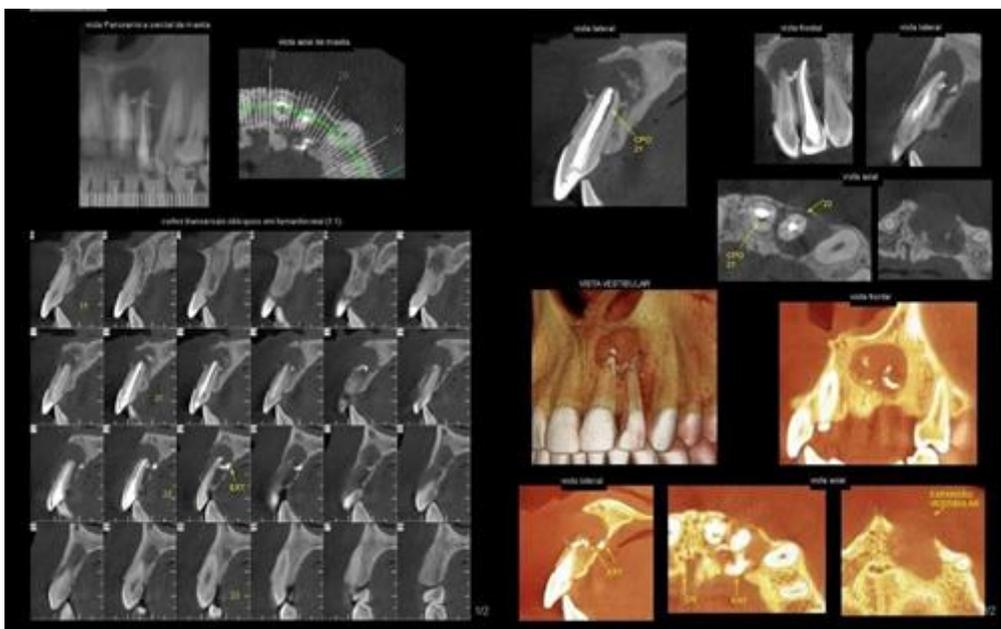
Ainda segundo HUPP et al. (2009) e LODI et al. (2007) encontram-se diversas técnicas cirúrgicas que podem ser utilizadas com o objetivo de sanar esse tipo de dificuldade, dentre elas estão: apicectomia com obturação retrógrada, apicectomia com instrumentação, curetagem com alisamento apical e obturação apical simultânea ao ato cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 28 anos de idade, ASA I, compareceu na clínica odontológica apresentando edema intra-oral em região vestibular dos elementos dentários 21 e 22, drenando secreção purulenta via sulco gengival e mau hálito. Na anamnese o paciente relatou que sofreu trauma dentário quando criança sendo submetido ao tratamento endodôntico dos elementos envolvidos (21 e 22).

Após a exame clínico e avaliação dos exames radiográficos tomográficos foi realizado o planejamento do tratamento odontológico (Figura 1).

Figura 1 – Exame radiográfico que evidenciou as lesões periapicais nos elementos 21 e 22.



Fonte: Autores (2022)

Iniciou-se o retratamento endodôntico e a remoção da Guta Percha com o auxílio de brocas Gates, solvente com Eucaliptol, limas manuais e EDTA. A verificação da ausência material obturador nos canais radiculares foram auxiliadas por meio do microscópico endodôntico e radiografias periapicais e em seguida, foi realizada a medicação intracanal com Hidróxido de Cálcio (Calen) e PMCC.

O paciente retornou após 15 dias tendo a sua medicação trocada, mas mantendo o mesmo medicamento de escolha inicial. O edema diminuiu, porém ainda apresentava

abcesso sendo drenado via sulco gengival do elemento 22. Após mais 15 dias, o paciente retornou e mais uma troca de medicação foi realizada.

Seguidamente foi realizada a obturação dos canais por meio de cones de guta percha e cimento Endofil, utilizando a técnica híbrida de Tagger, tendo por objetivo o extravasamento de material obturador através do ápice (Figura 2).

Figura 2- – Radiografia periapical após o procedimento



Fonte: Autores (2022)

Para o procedimento cirúrgico anestesiou-se o paciente com articaína 4% mais epinefrina 1:100.000, (Articaine DFL, Rio de Janeiro - RJ, Brasil)(Figura 3)

Figura 3 – Aspecto clínico antes do procedimento cirúrgico.



Fonte: Autores (2022)

Foi realizada uma incisão Newmann realizada com lâmina 15C, sendo realizado uma incisão relaxante entre os elementos 23 e 24 (figura 4).

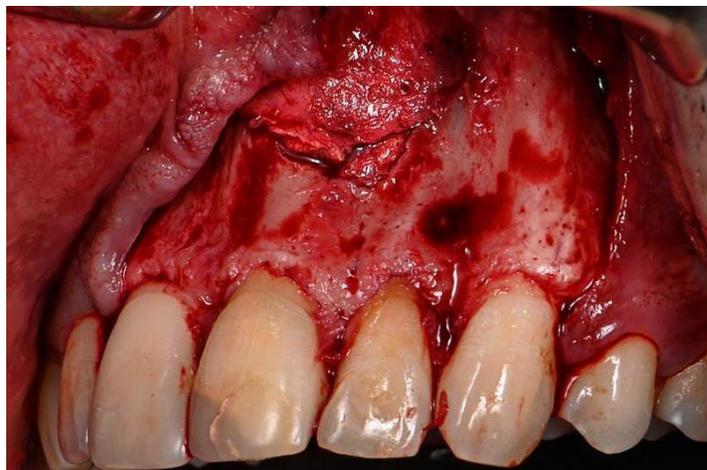
Figura 4 - Incisão sendo realizada.



Fonte: Autores (2022)

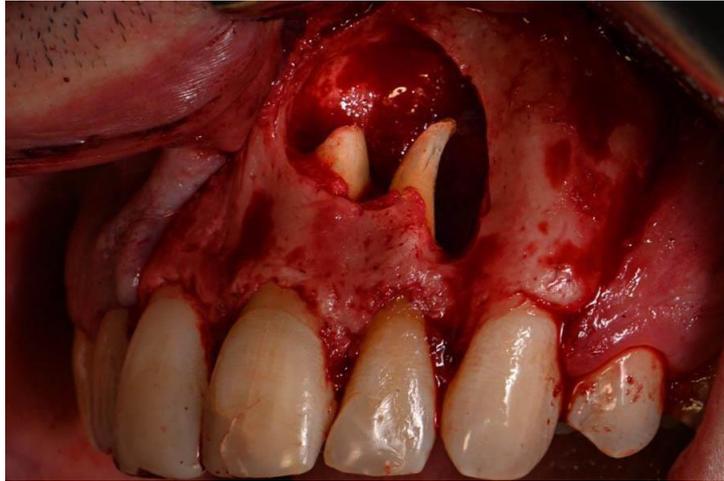
Posteriormente a incisão, iniciou-se o descolamento e levantamento do retalho de espessura total (Figura 5), seguido da osteotomia na tábua óssea vestibular para criar acesso a lesão e aos elementos 21 e 22, bem como curetagem total da lesão (Figura 6).

Figura 5 - Levantamento do retalho total.



Fonte: Autores (2022)

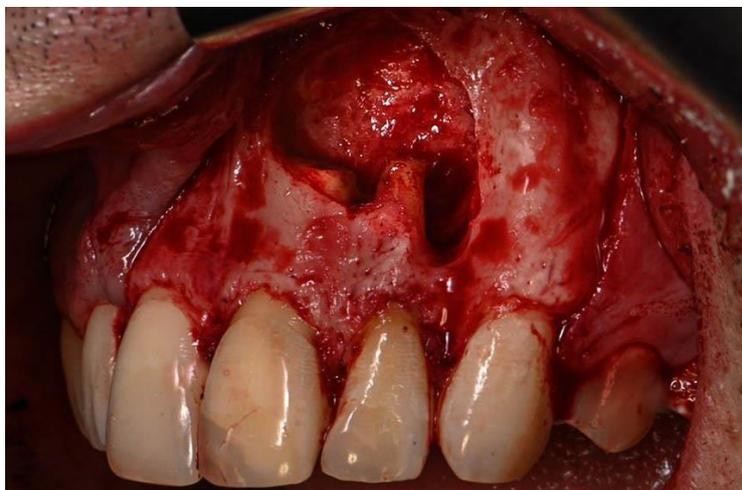
Figura 6 – Aspecto após a osteotomia.



Fonte: Autores (2022)

Após a curetagem total da área, foi realizada a apicectomia com corte em 90° para a menor redução dento apical e redução da micro infiltração apical, amputando a porção apical da raiz dos elementos 21 e 22 cerca de 2mm (Figura 7).

Figura 7 – Aspecto após curetagem e apicectomia.

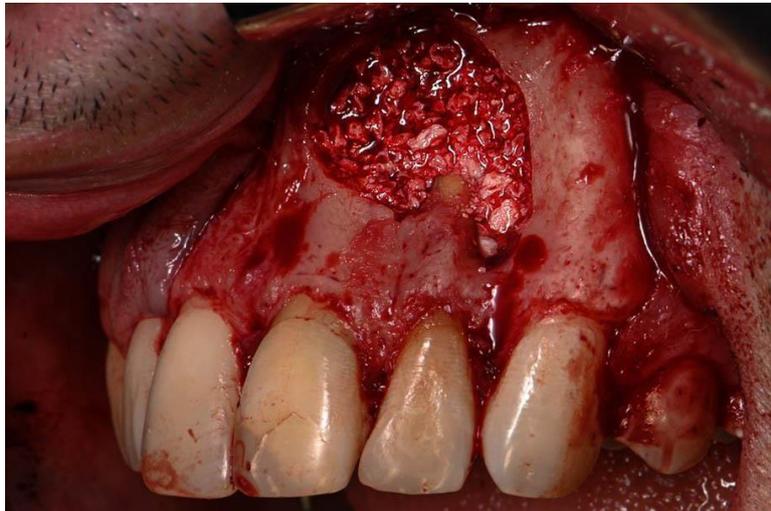


Fonte: Autores (2022)

Após a curetagem e a apicectomia o material coletado foi acondicionado em um fraco contendo formol tamponado 10%. O preenchimento da loja óssea foi realizado com enxerto ósseo xenógeno BioOss® (Geistlich Pharma,

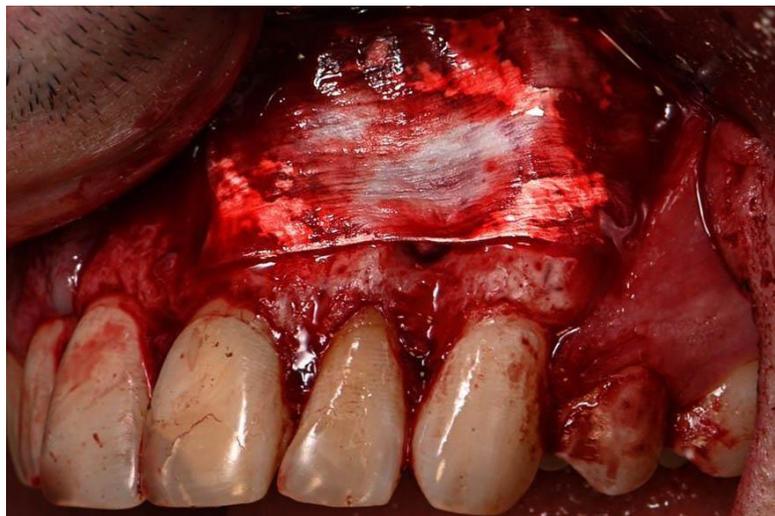
Suiça),(Figura 8) e uma membrana Bio Gide® (Geistlich Pharma, Suiça) (Figura 9) foi utilizada para conter o enxerto dentro da loja óssea e evitar a invaginação tecidual para dentro da mesma, favorecendo uma melhor regeneração óssea guiada.

Figura 8 – Preenchimento com enxerto ósseo.



Fonte: Autores (2022)

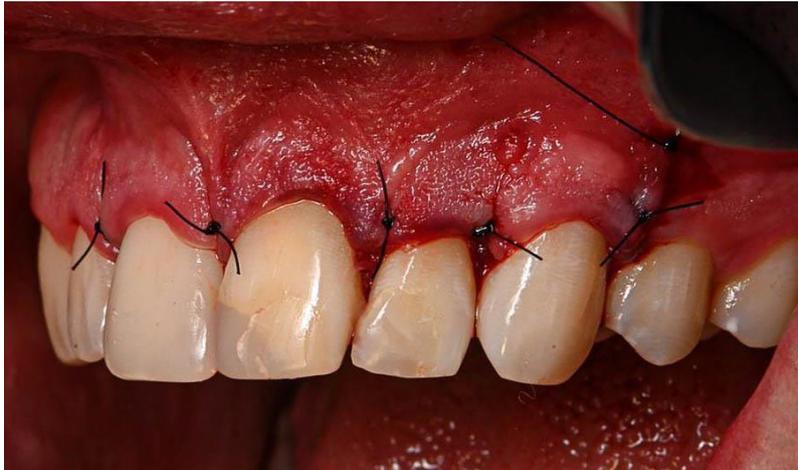
Figura 9 – Aspecto final com membrana como meio de barreira física de proteção do enxerto ósseo



Fonte: Autores (2022)

Foram realizadas suturas simples nas papilas entre os elementos dentários e em região da incisão relaxante. (Figura10).

Figura 10 – Aspecto das suturas realizadas.



Fonte: Autores (2022)

Após o procedimento cirúrgico, prescreveu-se Clavulin BD 875mg de 12 em 12 horas durante 07 dias, Nimesulida 100 mg de 12 em 12 horas durante 03 dias e Novalgina 500mg de 08 em 08 horas durante 05 dias e o material curetado foi encaminhado para análise anatomopatológica para a confirmação diagnóstica, o qual confirmou-se como cisto periapical inflamatório.

Após seis meses de acompanhamento pode-se observar o biomaterial osseointegrado e ausência de quaisquer aspectos de recidiva da lesão, mostrando o sucesso do procedimento (Figura 11)

Figura 11- Exame radiográfico de seis meses de acompanhamento



Fonte: Autores (2022)

DISCUSSÃO

Segundo SILVA E SOUZA (2017) deve sempre que possível optar por uma manobra não cirúrgica, sendo assim o indicado é que a cirurgia parentodôntica só seja realizada após a tentativa de tratamento endodôntico convencional, ou quando o prognóstico de sucesso é incerto, tendo como exemplo caso acima, ou mesmo quando o tratamento não é possível como no caso de instrumentais fraturados, canais obliterados, próteses Intra radiculares.

Tendo em vista a literatura de acordo com MOISEIWITSCH E TROPE (1998), o caso acima apresenta indicação da cirurgia parentodôntica, visto que o tratamento endodôntico convencional não apresentou uma maior chance de sucesso, não havendo regressão da lesão presente nos elementos 21 e 22.

A associação das técnicas como a endodontia convencional e a manobra cirúrgica perirradicular tem a sua indicação quando não é possível a remoção do agente etiológico. (FILHO e ORSO, 2006).

De acordo com AZAMBUJA et al. (2006), esse procedimento cirúrgico tem como objetivo auxiliar o tratamento endodôntico, ou seja, proporcionar condições para que esse

tratamento seja finalizado, portanto, utilizando técnicas multidisciplinares. A apicectomia é caracterizada pela remoção do ápice radicular, podendo ser indicada em várias situações clínicas. No caso apresentado acima, foi optado por uma forma conservadora, sendo menos traumática como uma exodontia dos elementos dentários, apresentando assim uma formação óssea após a cirurgia e mantendo os elementos dentários permitindo a realização de funções fisiológicas do paciente, bem como a estética (FILHO e ORSO, 2006; MOISEIWITSCH E TROPE (1998).

Quanto ao material obturador, o mesmo deverá apresentar estabilidade dimensional, não sofrer alterações em meio úmido e apresentar biocompatibilidade com os tecidos. (ANTONIASSI, 2020; GAMA, 2021).

Dentro da literatura são encontrados diversos materiais obturação, mas segundo (ORSO e SANTANA FILHO, 2006) poderá ser utilizado qualquer material que promova o selamento físico do canal radicular.

Todas as técnicas cirúrgicas apicais apresentam grande eficácia desde que apresentem recomendação, além de principalmente ser realizada a remoção do agente causal (AZAMBUJA et al. 2006; SOARES et al., 2021). No caso citado acima, não era necessária a obturação retrograda visto que foi realizado um adequado selamento hermético do canal radicular via retratamento endodôntico.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a cirurgia pararendodôntica apresenta grandes chances de sucesso quando a mesma apresenta a sua correta indicação, entretanto, esse tipo de procedimento é um dos últimos recursos considerados.

Em alguns casos esse tratamento, possibilita a remoção total do tecido infectado em região apical do elemento dentário, ou seja, é indicada basicamente para casos de patologia persistente ou como um complemento do retratamento e quando o acesso ao canal radicular via coronária é impossibilitado.

Sendo assim, a mesma também visa a solução de intercorrências que não são possíveis de serem solucionadas pelo tratamento endodôntico convencional. Em suma, o tratamento foi eficaz diante do caso relatado no artigo.

REFERÊNCIAS

Antoniassi, RR. O uso de cimentos biocerâmicos no tratamento endodôntico: estudo de revisão. 36f. 2020. **Unicesumar** - Universidade Cesumar: Maringá 2020.

AZAMBUJA, T., W., F.; BERCINI, F.; ALANO, F. Cirurgia paraendodôntica: revisão da literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 47, n. 1, 2006.

HUPP, J., R.; TUCKER, M., R.; ELLIS, E. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 692 p.

FILHO, M. S.; ORSO, V. A. Cirurgia paraendodôntica: Quando e como fazer. **R.Fac. Odontologia Porto Alegre**. V. 47, n. 1, p. 20-23, 2006.

GAMA, U. O Uso dos Cimentos Biocerâmicos na endodontia. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 4, p. 44-54, 2 dez. 2021.

LODI, M., L.; POLETO, S.; SOARES, R.; IRALA, D., L., E.; SALLES, A., A.; LIMONGI, O. Cirurgia paraendodôntica: Relato de caso clínico. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 2, p. 69-74m 2007.

MOISEWITSCH, J., R.; E TROPE, M. Nonsurgical root canal therapy treatment with apparent indications for root-end surgery. **Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics**, v. 86, n. 3, p. 335–340, 1998. [https://doi.org/10.1016/s1079-2104\(98\)90182-2](https://doi.org/10.1016/s1079-2104(98)90182-2)

ORSO, V. A.; SANT'ANA FILHO, M. Cirurgia paraendodôntica: quando e como fazer. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Porto Alegre. Vol. 47, n. 1 (abr. 2006), p. 20- 23, 2006.**

SILVA, A. Z.; SOUZA, J. M. B. Princípios da cirurgia paraendodôntica. 2017. 45 f. **Monografia (Graduação)- Curso de Odontologia, Faculdade de Pindamonhangaba**, Fundação Universitária Vida Cristã, Pindamonhangaba, 2017.

SOARES, I., M. Cirurgia paraendodôntica: Um procedimento opcional para solução de patologias periapicais persistentes-Relato de caso. 2021. .
Unicesumar - Universidade Cesumar: Maringá 2020.

Recebido em: 21/08/2022

Aprovado em: 23/09/2022

Publicado em: 28/09/2022