

TRATAMENTO DE LESÃO PERIAPICAL POR MEIO DE APICECTOMIA E OBTURAÇÃO RETRÓGADA: UM RELATO DE CASO

TREATMENT OF A PERIAPICAL LESION BY OF APICECTOMY AND RETROGRADE OBTURATION: A CASE REPORT

Fábio Rosso Filho¹

Marlowa Marcelino Crema²

RESUMO

A endodontia é uma especialidade reconhecida, que previne ou trata doenças da polpa e periápice. A apicectomia é uma cirurgia, que está indicada em diversos casos clínicos, como por exemplo, dilaceração de raízes, perfurações de terço apical, presença de lesão periapical que não regride, entre outros. A técnica está muito bem indicada quando há o insucesso do tratamento endodôntico. O insucesso no tratamento endodôntico ocorre normalmente em virtude da presença de microrganismos nas profundidades do sistema de canais radiculares que resistiram aos procedimentos de limpeza e modelagem, onde a regressão da lesão periapical não acontecerá. Foi um estudo qualitativo, descritivo, transversal, de campo, do tipo relato de caso, que objetivou discutir o Tratamento de Lesão Periapical por meio de Apicectomia e Obturação Retrógrada, com paciente em tratamento endodôntico sem regressão da lesão.

Palavras-chave: Apicectomia, obturação retrógrada, cisto radicular.

ABSTRACT

Endodontics is a recognized specialty that prevents or treats pulp and periapical diseases. Apicectomy is a surgery indicated in several clinical cases, such as root dilaceration, perforations of the apical third, presence of periapical lesion that does not regress, among others. The technique is very well indicated when endodontic treatment fails. Failure in endodontic treatment usually occurs due to the presence of microorganisms in the depths of the root canal system that have resisted cleaning and shaping procedures, where regression of the periapical lesion will not occur. It was a qualitative, descriptive, cross-sectional, field study, of the case report type, which

¹Graduando do Curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Avenida Universitária, 1105 – Universitário – Criciúma – SC – Brasil – Email: fabiorossof@hotmail.com, (48)996401196.

²Professora do Curso de Odontologia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, Avenida Universitária, 1105 - Universitário - Criciúma – SC – Brasil – Email: marlowacrema@gmail.com.

aimed to discuss the Treatment of Periapical Injury through Apicectomy and Retrograde Obturation, with a patient undergoing endodontic treatment without lesion regression.

Keywords: Apicectomy, retrograde obturation, radicular cyst.

1 INTRODUÇÃO

Pereira et al., (2013), mencionam que o tratamento endodôntico tem um índice de sucesso de aproximadamente 98% para dentes sem lesão apical e 86% para dentes com lesão periapical e infecção primária. Dessa forma o tratamento endodôntico não é 100% eficaz. A primeira alternativa terapêutica indicada para os casos de reinfecções endodônticas é o retratamento endodôntico cujo índice de sucesso é de aproximadamente 83%. Devido aos fatores de microanatomia interna complexa, mesmo após o retratamento, o insucesso pode persistir. Para estes casos, a apicectomia pode ser uma alternativa de tratamento clínico.

Sette-Dias et al., (2010), mencionam que a exposição cirúrgica do ápice radicular, permite uma obturação mais eficiente com condensação do material obturador, facilitando a remoção melhor de toda infecção do periápice, obtendo um conduto sem exsudação, permitindo a obturação completa e a regeneração de todos os tecidos.

Quesada et al., (2016), em seu estudo mostrou que os materiais utilizados na retrobturação devem promover selamento absoluto, serem biocompatíveis, não absorvíveis, estáveis dimensionalmente, de fácil manipulação, radiopacos, bactericidas e aderentes à estrutura dentária.

Sousa et al., (2014), comprovaram que o MTA (Agregado de trióxido mineral) mostrou bons resultados biológicos quando entra em contato direto aos tecidos de polpa e periápice, assim indicado como um bom material nas aplicações do dia a dia clínico e das cirurgias endodônticas. Outros estudos também sustentam o uso do MTA no retratamento endodôntico cirúrgico (Apicectomia).

2 METODOLOGIA

A abordagem do estudo foi qualitativo, descritivo, transversal, de campo, documental, do tipo relato de caso, tendo como variáveis dependentes: a necessidade

da cirurgia de Apicectomia com Obturação Retrógrada e independentes: idade.

O estudo foi desenvolvido em uma clínica escola de odontologia de uma universidade no extremo sul catarinense. A amostra foi por conveniência, composta pelo prontuário de 1 (um) paciente que teve a indicação para realização da Apicectomia com Obturação Retrógrada. Teve como critérios de inclusão: ser de maior idade, necessitar da cirurgia de Apicectomia com Obturação Retrógrada e assinar o TCLE. Como fatores de exclusão: Não assinar os termos, não ter registro fotográfico do caso e ter realizado a mais de 6 meses a cirurgia.

O projeto foi submetido para análise do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UNESC e a coleta do paciente ocorreu apenas após sua aprovação.

Após aprovado seguiu o seguinte itinerário:

- Identificação do prontuário do paciente conforme critérios de inclusão e exclusão;
- Descrição da anamnese e exames.
- Descrição da cirurgia.

A análise dos dados foi realizada através de conteúdo com categorias pré-organizadas.

3 RESULTADOS

Paciente E.P.T, 52 anos de idade, gênero masculino, melanoderma (Santos et al., 2013), sem comorbidades, sem alergias, não faz uso regular de nenhuma medicação, compareceu a clínica de Odontologia da UNESC para realizar os tratamentos necessários.

Durante o levantamento periapical do paciente, foi encontrado uma lesão periapical ao ápice do elemento 33. Paciente nega histórico de dor no elemento, mas se recorda de um possível trauma. Na tomografia computadorizada, foi observado segundo laudo técnico: *“O elemento 33 apresenta único conduto e único forame. Ampla imagem hipodensa no tecido ósseo apical ao elemento 33, sugerindo periodontite apical. Presença de múltiplos canais nutricios para irrigar a lesão.”* (Figura 1).

Figura 1 - Cortes tomográficos apresentando a lesão periapical, onde é possível observar a presença de canais nutricios e a extensão da lesão



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2022).

Ao exame físico extra oral, não foi encontrado assimetria facial e no exame intra oral não foi constatado nenhum abaulamento da cortical óssea próximo ao elemento. De acordo com as características clínicas e radiográficas a terapia proposta inicial foi o tratamento endodôntico convencional. Durante o tratamento foi identificada a impossibilidade da secagem do canal radicular, então o paciente foi encaminhado para uma disciplina mais avançada, para que pudesse seguir com um tratamento mais adequado, onde foi proposto a Cirurgia de Apicectomia com Obturação Retrógrada.

O procedimento cirúrgico foi realizado sob anestesia local (Articaine 40mg/ml), com o bloqueio dos nervos alveolar inferior, lingual, bucal e complemento com infiltrativas próximo ao elemento. Não houve necessidade de sedação do paciente. Foi escolhido o retalho de Newmann modificada, da distal do elemento 31 até a distal do elemento 36. A extensão da incisão foi proposital para evitar traumatismo do nervo mentoniano, que está localizado próximo aos elementos 34 e 35, conforme tomografia do caso. Realizado o descolamento mucoperiosteal completo do retalho, com descolador Molt (Figura 2). Após esse procedimento foi realizada uma pequena perfuração no tecido ósseo próximo ao ápice do elemento para realizar a aspiração da lesão, neste caso, obtemos uma aspiração negativa, ou seja, sem presença de líquido cístico. Realizado a janela óssea completa para acesso ao ápice do elemento e visualização da lesão (Figura 3). Curetagem e enucleação do tecido apical e irrigação abundante com soro fisiológico 0,9%. Seguiu-se com a apicectomia do ápice radicular, onde foi removido com uma broca 702, 3mm de raiz, o corte realizado foi 90°. Realizado a instrumentação do conduto radicular com ultrassom e acoplado a ele, uma ponta E10, específica para este tipo de procedimento (Figura 4). Prosseguiu

com a secagem do conduto e selamento do mesmo com MTA branco (Angelus®, Londrina, PR, Brasil), inserido com calcadores e condensadores, em sentido vertical (Figura 5).

Figura 2 - Descolamento mucoperiosteal completo do retalho



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2022).

Figura 3 - Janela óssea para acesso à lesão

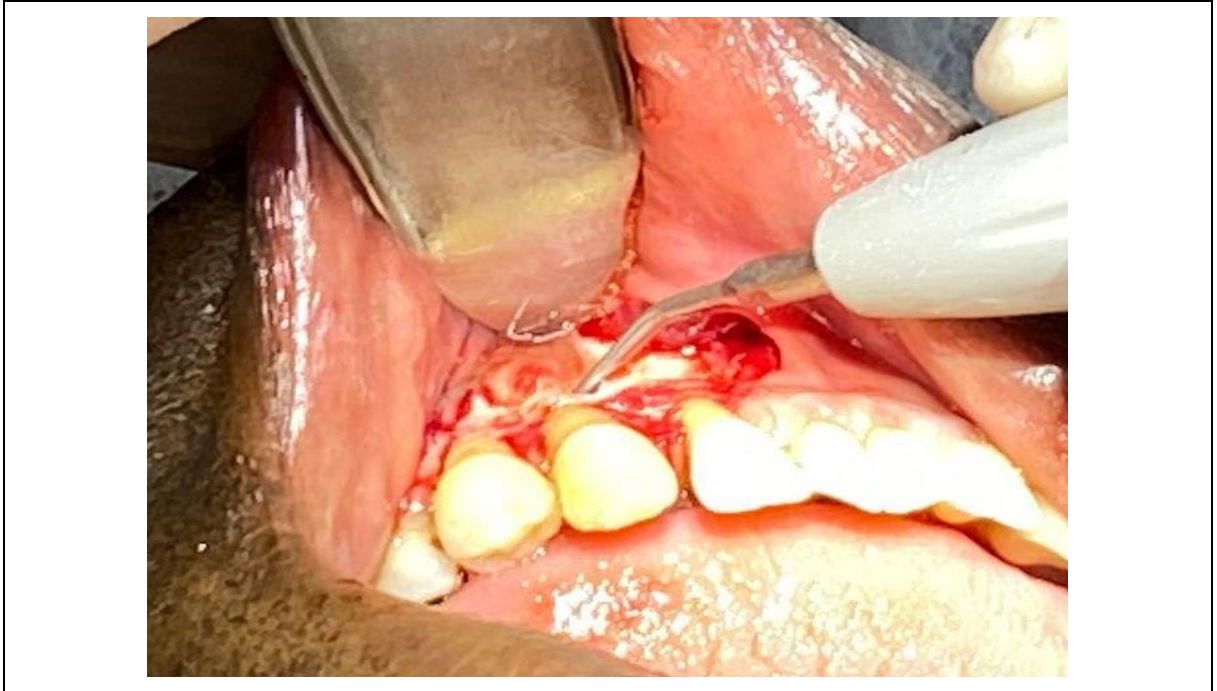


Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2022).

Foi então realizada a remoção do excesso de material, limpeza da loja cirúrgica,

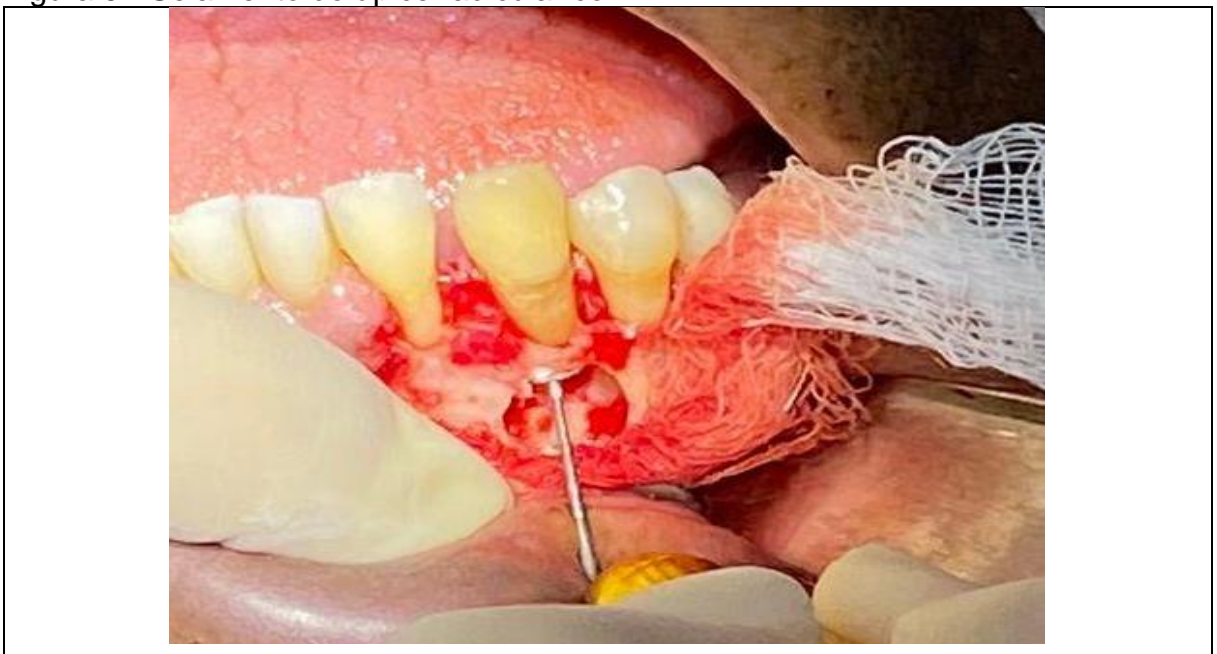
reposicionado o retalho e realizado a sutura, (Figura 6). O paciente retornou com 7 dias após a cirurgia, onde foi observado uma ótima cicatrização tecidual. Após 28 dias foi realizado o tratamento endodôntico convencional, no qual se obteve secagem completa do conduto radicular, e selamento do mesmo com cones de Guta Percha e cimento.

Figura 4 - Instrumentação do conduto radicular.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2022).

Figura 5 - Selamento do ápice radicular com MTA



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2022).

Figura 6 - Reposicionamento do retalho e sutura



Fonte: Elaborado pelo pesquisador, (2022).

4 DISCUSSÃO

Pereira, RC (2013), mostra que cistos radiculares são característicos por serem lesões assintomáticas. Em casos que existe a associação à alguma infecção bacteriana secundária, podemos observar, dor espontânea, aumento de volume e exsudação. No caso descrito, durante o tratamento convencional endodôntico, foi impossível realizar a secagem do conduto radicular, devido a presença de exsudato.

Dantas et al., (2014), afirma que a cirurgia de Apicectomia é bem indicada para dentes que não foi possível ter sucesso somente com o tratamento endodôntico convencional. Também está indicada para remoção dos deltas apicais, pois estes quando estão contaminados participam de uma grande porcentagem da falha do tratamento convencional.

Oliveira et al., (2011); Bernabé et al., (2004), comparam em seu estudo a eficácia da Articaína 4% com epinefrina 1:100.000 comparada a outros sais anestésicos. No qual a Articaína se mostra mais eficaz quando aplicada a periodontais inflamados ou dentes com lesões. No caso clínico descrito, priorizamos o uso da Articaína.

Lodi et al, (2008), escolheram para tratar seus casos, o retalho Oschsenbein-Luebke, afirmando que oferece uma boa visualização a lesão e de fácil reposição.

Autores como Pinto et al., (2011), defendem o descolamento completo do periósteo, como exemplo a incisão Newmann modificada, intrasulcular, seguida de incisão relaxante, sendo este o acesso cirúrgico escolhido para o caso.

Segundo Orso et al., (2006), a osteotomia serve para permitir o acesso ao ápice radicular, e, deve ser menor possível, pois quanto menor a cavidade, maior é a propabilidade de regeneração óssea completa. Nas osteotomias de 10mm ou mais, ocorre frequentemente o preenchimento da cavidade com tecido fibroso, o que resulta em uma cicatriz fibrosa e não em tecido ósseo.

A curetagem periradicular consiste na remoção de tecido patológico ou corpo estranho (material obturador extravasado e fragmento de instrumento) junto à área apical que está alterando o reparo (ORSO, FILHO, 2006); (Regezi et al., 2000).

Em um estudo, Girardi, et al., (2012), concluem que o corte ideal para a apicectomia é de 90°, pois a quantidade de túbulos dentinários expostos é menor, seguido da minimização da microinfiltração apical e o aumento do sucesso da obturação retrógrada. Deve-se evitar o biselamento, pois existe o risco de contaminação dos tecidos periodontais, via tubulos dentinários.

Ao se tratar de retroinstrumentação, ela foi descrita pela primeira vez em 1974 por Soltanoff (SOLTANOFF, 1974). Gomes et al., (2003), comprovou em seu estudo que os preparos que foram realizados com ultra-som foram mais centralizados nos canais e na área de istmo, a combinação desta vantagem, traz um aliado, que é a diminuição dos riscos de perfuração radicular. Entretanto, alguns inconvenientes foram observados ao utilizar o ultra-som, como por exemplo, a presença de smear layer e debris.

Hellwig et al., (2007), descrevem em seu estudo que o material ideal para retrobturação tenha características como, aderência, promova o selamento, seja biocompatível, radiopaco, de fácil manipulação e ósseo estimulador. O MTA tem sido mostrado em vários estudos como um material que se encaixa em todas as características, e também, mantém suas propriedades mesmo na presença de umidade e promove a regeneração tecidual. Não houve diferença no estudo entre MTA importado e nacional. Já Marcato, et al., (2013); Machado mel (2007), relatam algumas desvantagens com o uso do MTA, como exemplo citaram o longo tempo de presa, a baixa resistência a compressão e o seu alto custo. O MTA foi o material de escolha para este estudo, utilizado para o selamento do conduto radicular.

Von et al., (2010), mostram em seu estudo que os casos de primeira cirurgia,

tiveram uma taxa de maior de sucesso, quando comparado aos casos que necessitaram de uma segunda intervenção cirúrgica.

Lodi et al., (2008); Xavier et al., (2010) mostram que o acompanhamento clínico e radiográfico de pacientes submetidos a cirurgia descrita, deve ser de pelo menos 1 ano, tendo como controle a regressão da lesão e o paciente ficar assintomático durante todo período pós cirúrgico. No caso clínico, será realizado o controle semestral durante 1 ano e até o momento, o paciente se encontra assintomático e notória presença da regressão da lesão.

5 CONCLUSÕES

O tratamento de lesão periapical por meio de apicectomia e obturação retrógrada com uso do MTA são eficazes, comprovado cientificamente. Quando se trata de manter um dente na boca de um paciente, se deve pensar em todos os recursos possíveis para que a extração do mesmo não seja uma alternativa. O caso relatado se tornou apropriado dentro de todos os aspectos clínicos e científicos para a realização deste procedimento.

REFERÊNCIAS

BERNABÉ, P. F. E; HOLLAND, R. Cirurgia paraendodôntica: como praticá-la com embasamento científico. São Paulo, Brasil: **Rev. Artes Médicas**, 2004.

DANTAS, Renata Moura Xavier et al. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**, v. 14, n. 3, p. 21-26, 2014.

GIRARDI, Gaspar Vinicius et al. Influência do ângulo de corte radicular na microinfiltração apical, comparando duas técnicas de apicetomia na cirurgia paraendodôntica. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 17, n. 1, 2012.

GOMES, Ana Paula et al. Avaliação do selamento de retrobturações realizadas com Super EBA e MTA após preparo cavitário com ultra-som ou brocas. **Brazilian Dental Science**, v. 6, n. 2, 2003.

HELLWIG, Ingeburg et al. Análise comparativa da microinfiltração marginal em retrobturações com MTA e cimento ionômero de vidro. *Stomatos*, v. 13, n. 25, p. 103-112, 2007.

LODI, Letícia Marchetti et al. Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, v. 5, n. 2, p. 69-74, 2008.

MACHADO Mel. Substâncias medicamentosas auxiliares da desinfecção, medicação intra e extra canal. In: Pallotta RC, Souza ADS. **Endodontia: da biologia à técnica**. 1ª ed. São Paulo: Santos: p.299 – 320, 2007.

MARCATO, R. A. et al. Agregado Trióxido Mineral (MTA): composição, características e relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 41, n. Especial 2, p. 0-0, 2013.

OLIVEIRA Artur, Ribeiro de, et al. Comparação da Eficácia Anestésica da Articaína e da Lidocaína em Extrações de Dentes com Periodontite Crônica Avançada. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 3, p. 329-333, 2011.

ORSO, V. A.; FILHO, M. S. Cirurgia Parendodôntica: Quando E Como Fazer. **R. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 47, n.1, p. 20-23, abr. 2006.

PEREIRA, Leandro Augusto Pinto. Microcirurgia Endodôntica Piezoelétrica conceitos e aspectos clínicos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.67, n.4, pp. 262- 267. 2013.

PINTO, M.S.C; FERRAZ, M.A.A.L; FALCÃO, C.A.M; MATOS, F.T.C; PINTO, A.S.B. Cirurgia parendodôntica: revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina; v.4, n.4: p.55-60, 2011.

QUESADA, G. A. T.; RIGODANZO, L. Materiais usados em retro-obturações: comparação ente cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável e cimento de Portland. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, Camaragibe, v.16, n.3, p. 13-19, jul./set. 2016.

REGEZI, J.A; Sciubba, J.J. Cistos da boca, Cistos periapicais. In: Patologia bucal: correlações clínico patológicas. 3ª ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**: p.260-262, 2000.

SANTOS, A.B.S.; COELHO, T.C.B.; ARAÚJO, E.M. Racial identity and the production of health information. *Interface (Botucatu)*, v.17, n.45, p.341-55, abr./jun. 2013.

SETTE-DIAS, Augusto César; MALTOS, Kátia Lucy de Melo; AGUIAR, Evandro Guimarães de. Tratamento endodôntico transcirúrgico: uma opção para casos especiais. **Rev. cir. traumatol. buco-maxilo-fac.** v.10, n.2, pp. 49-53, 2010.

SOLTANOFF, W. Apical sealing procedures. **J. Brit. Endod. Soc.**, v.7, n.1, p. 12-6, 1974.

SOUSA, N. B. et al. Agregado de trióxido mineral e uso como material retro-obturador em cirurgia paraendodôntica. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 144-7, jul./dez. 2014.

VON, A.R.X, T., PENARROCHA, M; JENSEN, S. Prognostic factors in apical surgery with root-endfilling: a meta-analysis. **Journal of Endodontics**, v.36, n.6, p.957-973,

2010. Disponível em: 10.1016/j.joen.2010.02.026

XAVIER, M.C.S; XAVIER, D.G; XAVIER, V.F.G. Cirurgia parentodôntica como coadjuvante de tratamento endodôntico. **Rev ABO-GV**. v. 2, n. 2, p. 4-8, 2010.