

AVALIAÇÃO DE REPARO PÓS CIRURGIA PARENDODÔNTICA

RELATO DE CASO

Autores: Fabiana Silva Ferreira; Arthur Alves de Andrade; Jessyka Magela Coelho; Welton Esteves de Campos Junior; Mônica Misaé Endo; Helder Fernandes de Oliveira

RESUMO

A infecção persistente pós-tratamento endodôntico, no qual o organismo não consegue eliminar o agente causador, em muitos casos a abordagem cirúrgica é necessária. Espera-se que após a excisão completa do agente irritante ocorra o processo de reparo. O objetivo foi descrever um caso clínico de cirurgia parendodôntica avaliando o reparo tecidual obtido após 20 meses de acompanhamento. Paciente J.M.S, 17 anos, compareceu à clínica do curso de odontologia da UniEvangélica com queixa de mobilidade no dente 22. Ao exame físico intrabucal notou-se discreto aumento de volume na região periapical, e o teste de vitalidade pulpar negativo. As imagens TCFC evidenciaram rompimento da cortical vestibular e com uma ampla área de rarefação óssea periapical. Para o controle da infecção foi realizado previamente o tratamento endodôntico. Realizou-se a cirurgia posteriormente, na qual envolveu punção aspirativa, com coleta de líquido amarelo-citrino, característico de lesões císticas, e biópsia excisional da lesão, apicectomia, retropreparo e retrobturação com (MTA® + Sealapex®). O exame histopatológico revelou a presença de um cisto periapical de caráter inflamatório. Verificou-se reparo da área afetada e ausência de sinais clínicos decorridos 20 meses de acompanhamento. Conclui-se que em casos de infecção endodôntica persistente a cirurgia parendodôntica é uma alternativa promissora e viável. Para avaliação do reparo ósseo da área afetada é imprescindível avaliações posteriores.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto periapical; Regeneração óssea; Cirurgia bucal.

INTRODUÇÃO

As doenças mais freqüentes no periodonto apical são de natureza inflamatória promovidas pela morte total ou parcial do tecido pulpar, principalmente de etiologia bacteriana decorrentes da evolução da doença cárie. A cárie quando não tratada gera o comprometimento do tecido pulpar coronário e radicular. As toxinas bacterianas chegam à região periapical promovendo alterações profundas no tecido conjuntivo do ligamento periodontal, provocando a inflamação. Com o tratamento endodôntico efetuado dentro dos princípios biológicos e em condições que promovam a sanificação do canal radicular até o limite apical, inicia-se o processo de reparo (ESTRELA, 2004). Todavia existem fatores locais e sistêmicos que podem comprometer e influenciar no sucesso desse tratamento, dificultando o reparo tecidual. São eles, fatores locais: Infecção; Hemorragia; Destruição

tecidual; Deficiência no suprimento sanguíneo; Presença de corpos estranhos nos tecidos periodontais. Fatores sistêmicos: Nutrição; Estresse; Estados debilitantes crônicos; Hormônios e vitaminas; Desidratação e idade. Portanto, existirá uma situação em que os tratamentos endodônticos convencionais se tornaram impraticáveis para alcançar seus objetivos. Nessas condições, a forma de contornar e solucionar o problema é a indicação da cirurgia parendodôntica (ESTRELA, 2004). A cirurgia parendodôntica de acordo com os resultados que se almeja no tratamento, recebe diferentes nomenclaturas e técnicas, a curetagem apical, apicectomia e obturação retrograda talvez sejam as mais citadas (ORSO & FILHO, 2006). A curetagem apical trata-se, conceitualmente, de um procedimento cirúrgico que tem a finalidade de remover o tecido patológico localizado no osso alveolar, na região apical ou lateral de dentes necrosados. Sabe-se também que pode ser indicada para a remoção de corpos estranhos localizados nessa área, de etiologia iatrogênica ou não e em dentes portadores ou não de lesões periapicais. Entretanto a apicectomia tem sido indicada diante de inúmeras situações clínicas, a saber: nos casos de raízes dilaceradas que impedem um tratamento convencional adequado; quando da retificação e/ou perfuração da raiz no terço apical; em presença de ramificações apicais não obturadas; instrumentos endodônticos fraturados; fraturas radiculares que envolvem o terço apical acompanhado ou não de lesão periapical e em presença de reabsorções radiculares apicais externas, cujos tratamentos foram incapazes de solucionar o problema via canal radicular. Já as obturações retrógradas são indicadas em casos onde os canais são inacessíveis via coronária, sendo essa obstrução representada pela presença incontornável de núcleo metálico, fragmento de instrumento, calcificações, material obturador, más formações, reabsorção interna ou defeito de instrumentação. Esses fatores, impedindo o acesso ao canal radicular, comprometem o resultado das cirurgias parendodônticas mais simples, como a curetagem periapical ou a apicectomia (ESTRELA, 2004).

OBJETIVO

O objetivo foi descrever um caso clínico de cirurgia parendodôntica avaliando o reparo tecidual obtido após 20 meses de acompanhamento.

DESENVOLVIMENTO

Paciente J.M.S, 17 anos, compareceu à clínica do curso de odontologia da UniEvangélica com queixa de mobilidade no dente 22. Ao exame físico intrabucal notou-se discreto aumento de volume na região periapical, e o teste de vitalidade pulpar negativo. As imagens TCFC evidenciaram rompimento da cortical vestibular e com uma ampla área de rarefação óssea periapical. Para o controle da infecção foi realizado previamente o tratamento endodôntico. Realizou-se a cirurgia posteriormente, na qual envolveu punção aspirativa, com coleta de líquido amarelo-citrino, característico de lesões císticas, e biópsia excisional da lesão, apicectomia, retropreparo e retrobturação com (MTA® + Sealapex®). O exame histopatológico revelou a presença de um cisto periapical de caráter inflamatório. Verificou-se reparo da área afetada e ausência de sinais clínicos decorridos 20 meses de acompanhamento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que em casos de infecção endodôntica persistente a cirurgia parendodôntica é uma alternativa promissora e viável. Para avaliação do reparo ósseo da área afetada é imprescindível avaliações posteriores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ESTRELA, C. **Ciência Endodôntica**. v.2, p. 657-798. 2004
2. ESTRELA, C. **Ciência Endodôntica**. v.2, p. 919-942. 2004
3. ORSO, Vanderlê de Arlete; SANT'ANA FILHO, Manoel. Cirurgia parendodôntica: quando e como fazer. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Porto Alegre. Vol. 47, n. 1 (abr. 2006), p. 20-23**, 2006.