Anderson Rodrigues Baesso

Cirurgia Parendodôntica: Relato de Caso

Marília

2019

Anderson Rodrigues Baesso

Cirugia Parendodôntica: Relato de Caso

10 de outubro de 2019

Anderson Rodrigues Baesso

Cirugia Parendodôntica: Relato de Caso

Trabalho de conclusão de curso, especialização; FACSETE Faculdade Sete Lagoas; Odontologia.

Murilo Priori Alcalde

Marília

2019

Anderson Rodrigues Baesso

Cirurgia Parendodôntica: Relato de Caso

Monografia apresentada ao curso de especialização Lato sensu FACSETE Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para conclusão do Curso de Odontologia.

Área de concentração: endodontia.

Orientador: Murilo Priori Alcalde.

MARÍLIA

2019

Rodrigues Baesso, Anderson

Cirurgia Parendodôntica: Relato de Caso / Anderson Rodrigues Baesso - 2019

Orientador: Murilo Priori Alcalde

Monografia (especialização) – FACSETE Faculdade Sete Lagoas, endodontia

2019

FACSETE Faculdade Sete Lagoas, 2019

1.Cirurgia Parendodôntica. 2. Relato de Caso

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011
Portaria MEC 033/2014 - D.O.U. 29/01/2014

CIODONTO

Monografia intitulada “Cirurgia Parendodôntica: Relato de Caso” de autoria do aluno Anderson Rodrigues Baesso, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovado em: _____ de _____ de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Murilo Priori Alcalde – Universidade São Paulo – Orientador

- Examinador

MARÍLIA

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores da especialização em endodontia pelo empenho em passar seus conhecimentos.

Agradeço ao meu orientador Dr. Murilo Alcade pela dedicação.

Agradeço à minha esposa Anne Baesso pela ajuda na confecção deste trabalho e por sempre me incentivar nesta caminhada durantes todos esses anos de profissão.

“Existe o caminho certo e o caminho errado, mas ao final só existe o bem feito e o mal feito.”

Resumo

A cirurgia parendodôntica é um recurso para tratamento de dentes portadores de lesão periapical, ou ainda com sobreobturação (dentre outras indicações), onde o tratamento ou retratamento endodôntico não foram eficazes de resolução positiva do caso. Tal cirurgia tem grande índice de sucesso, desde que, executada com técnicas e materiais adequados. O presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de cirurgia parendodôntica com curetagem, apicectomia, e retrobturação com Sealer 26 consistente, enxerto ósseo com biomaterial e membrana reabsorvível realizada na unidade dentária 22, que se apresentava com lesão periapical. A cirurgia parendodôntica com o Sealer 26 consistente como material retrobturador se mostrou uma ótima opção de tratamento com lesão periapical.

Palavras-chave: Cirurgia parendodôntica, apicectomia, obturação retrógrada.

Abstract

Parendodontic surgery is a resource for the treatment o teeth with periapical lesions, or even with overfilling (among other indications), where the treatment or endodontic retreatment were not effective in positive resolution of the case. Such surgery has a great success rate, provided that it is performed with appropriate techniques and materials. The presente study aims to report a clinical case of parendodontic surgery with curettage, apicectomy and retroffiling with consistente Sealer 26, bone graft with biomaterial and resorbable membrane performed at dental unit 22, which presented with periapical lesion. Parendodontic surgery with Sealer 26, which is consistente with retrofilling material, proved to be na excelente treatment option for periapical lesions.

Keywords: Parendodontic surgery, apicectomy, retro obturation.

Lista de Ilustrações

Figura 1 A – Aspecto Inicial

Figura 1 B – RX Inicial

Figura 2 A – Incisão e deslocamento do retalho

Figura 2 B – Apicectomia

Figura 2 C – Desobturação com ultrasson

Figura 2 D – Uso do calcador de Bernebé

Figura 3 A – Uso do micro espelho cirúrgico

Figura 3 B – Enxerto ósseo com biomaterial

Figura 3 C – Adaptação da membrana reabsorvível

Figura 3 D – Sutura

Figura 4 – RX Final

Figura 5 – Remoção de sutura com 7 dias

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12
PROPOSIÇÃO 14
RELATO DE CASO 15
DISCUSSÃO 19
CONCLUSÃO 23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 24

Introdução

O tratamento endodôntico não cirúrgico tem como princípio a manutenção do elemento dentário na cavidade bucal selando todo o sistema de canais radiculares de forma tridimensional. A Endodontia contemporânea é marcada por várias mudanças de paradigmas em razão da evolução científica, tecnológica e biológica, sendo possível mais eficiência nos tratamentos dos canais radiculares. Entretanto, ainda são registrados casos de falhas e complicações clínicas. Em casos de insucesso, a primeira opção para correção é o retratamento endodôntico, mas quando o resultado ainda não é satisfatório, deve se partir para o tratamento cirúrgico, a fim de eliminar a proliferação de microrganismos na região apical e preservar o dente em função e estética (SILVA; SOUZA, 2017; SOARES et al., 2017).

De acordo com Ribeiro & Borges (2015) a cirurgia parendodôntica é um conjunto de procedimentos com o objetivo básico de tratar lesões perirradiculares persistentes em dentes contra-indicado o retratamento convencional. Silva & Souza (2017) relataram que a cirurgia periapical é uma técnica utilizada para corrigir insucessos endodônticos causados por fatores intrínsecos, como os fatores microbiológicos e fatores externos como fratura de instrumental no canal radicular, contudo pode ser utilizada para tratar dentes com uma lesão perirradicular, e que possui pino intrarradicular com coroa protética bem adaptada.

Segundo Carvalho; Estrela; Garcia (2017); Ribeiro; Borges (2015) existem diversas técnicas cirúrgicas utilizadas com finalidade de solucionar as dificuldades, os acidentes e possíveis complicações do tratamento endodôntico convencional, e seu uso pode variar conforme as características anatômicas e fatores etiológicos locais. As principais modalidades são: curetagem com o alisamento apical, apicetomia, apicetomia com uma obturação retrógrada, apicetomia com instrumentação, obturação do canal radicular por via retrógrada e obturação do canal radicular simultânea ao ato cirúrgico.

Azambuja; Bercini; Alano (2006) enfatizaram que a apicectomia é considerada, muitas vezes, como último recurso para a manutenção de um elemento dentário. Assim, é um procedimento indicado quando a terapêutica endodôntica esgota as suas possibilidades. Além da remoção da lesão apical, objetiva a ressecção do ápice radicular, a eliminação de microrganismos e áreas de imperfeição da região apical e a verificação do fechamento hermético radicular. A apicectomia com obturação retrógrada é caracterizada pela amputação apical da raiz do dente, e consequente preparo de uma cavidade na sua porção final e a obturação deste espaço com um material adequado.

Vários materiais foram utilizados no preenchimento das cavidades retrógradas, tais como: amálgama, cimento de óxido de zinco e eugenol, IRM, Super EBA®, Sealer 26 consistente, Sealapex com óxido de zinco e o MTA. Este último se destaca por apresentar excelentes propriedades físico-químicas e biológicas, sendo considerado o padrão ouro para cirurgias apicais (AGOSTINHO, 2013; NAGATSUYU, 2012). No entanto, diversos estudos demonstraram que o Sealer 26 em consistência densa apresenta propriedades físico-químicas e biológicas semelhantes ao MTA, sendo um material substituto ao MTA com respaldo científico e seguro (Tanomaru-Filho et al.,2006; Spir et al., 2016).

Proposição

O objetivo deste trabalho é realizar um relato de caso clínico realizado no curso de Especialização em Endodontia sobre a cirurgia parendodôntica com apicetomia e obturação retrógada com Sealer 26.

Relato de Caso

O paciente do gênero masculino, 55 anos, compareceu à clínica odontológica do curso de especialização em Endodontia da Clínica Calianni (Marília-SP), encaminhado para realização de cirurgia periapical no dente 22. Após exame clínico, observou-se que o dente 22 apresentava fenestração óssea e gengival onde pode observar o ápice radicular e perda óssea na região (Figura 1 A e B).

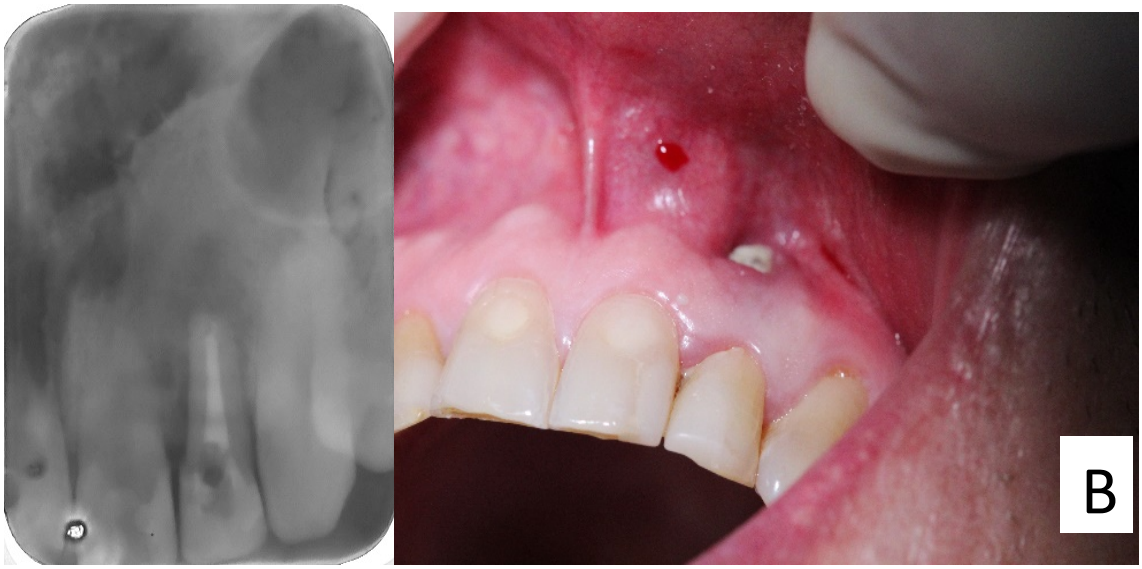


Figura 1

Foi realizada anestesia local. Esta foi realizada pelo bloqueio do nervo infraorbitário esquerdo e com anestesias complementares infiltrativas no ápice do dente 22, além do bloqueio do nervo nasopalatino. O anestésico utilizado foi a mepivacaína 3% com adrenalina 1:100000 Mepiadre® – DFL. O retalho escolhido foi Oschsenbein-Luebke.

A incisão foi efetuada com lâmina de bisturi n.º 15c, e o retalho foi elevado com descolador de Molt 2-4 Quinelato. Não foi realizada osteotomia devido a fenestração óssea para ter acesso à região periapical. A lesão foi curetada com cureta de Lucas nº 85 Duflex SS White. No dente 22 foi feita apicectomia com a broca Zecrya, e foram removidos 2 mm de ápice. A cavidade para retrobturação

foi preparada com ultrasson com ponta da marca HEELSE P1, sempre sob irrigação com soro fisiológico, e então se realizou retrobturação com Sealer 26, por meio de uma espátula, calcador e explorador de Barnabé, sonda exploradora e auxilio de micro espelho cirúrgico. Foi preenchida a cavidade óssea cirúrgica com biomaterial (enxerto ósseo) e membrana reabsorvível (Ambos materiais da marca Critéria – SP). O retalho foi reposicionado e então suturado com fio de seda e sutura simples. Foram prescritos um comprimido de 6 em 6 horas por 2 dias de paracetamol 750 mg, um comprimido de 8 em 8 horas por 3 dias de Loxonin® (loxoprofeno sódico) 60 mg (Sankyo Pharma – Brasil) e Amoxicilina com clavulanato um comprimido de 8 em 8 horas durante 7 dias. Em dez dias a sutura foi removida, e o paciente relatou pós operatório sem complicações.

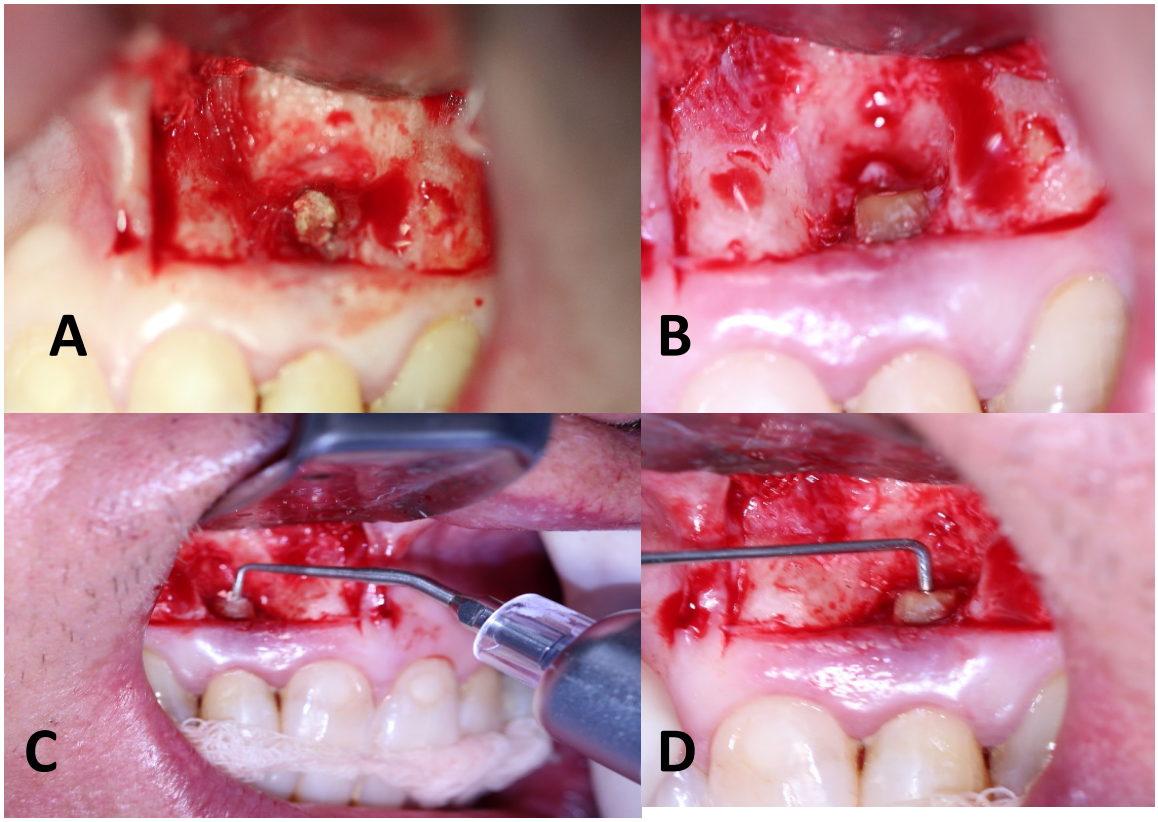


Figura 2

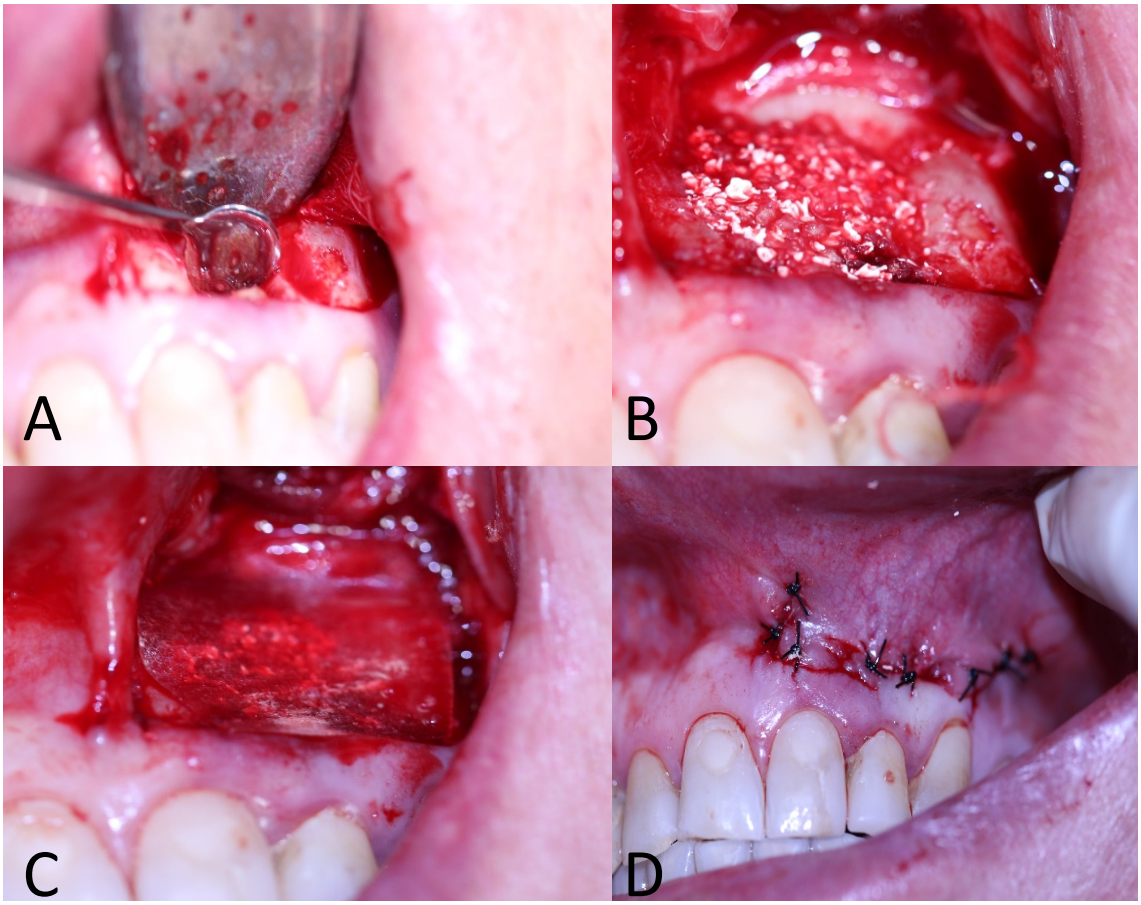


Figura 3



Figura 4



Figura 5

Discussão

A cirurgia parendodôntica possui a finalidade de resolver casos de insucessos da terapia endodôntica convencional, sendo uma opção de tratamento em situações clínicas onde não há possibilidade de retratamento do sistema de canais radiculares, ou este é insuficiente (Pavelski et al., 2016; Ribeiro & Borges 2015; Rossi et al., 2013; Silva & Souza 2017, Soares et al., 2017). Almeida Filho et al. (2011) salientaram que a cirurgia é indicada quando perfurações, instrumentos fraturados, calcificações e anormalidades anatômicas são responsáveis pelo insucesso do tratamento endodôntico convencional.

O uso da cirurgia para extinção de microrganismos na região apical, que não eliminados via endodontia (Fagundes et al., 2011; Soares et al., 2017), em casos de elementos com a presença de lesões perirradiculares e pinos intrarradiculares com coroas bem adaptadas (Silva & Souza. 2017). Por outro lado, este procedimento é contraindicado em dentes com trincas verticais, raízes curtas, problemas periodontais, possibilidade de tratamento convencional e pacientes com comprometimento sistêmico (Ribeiro & Borges, 2015; Silva & Souza, 2017).

Há diversas modalidades de cirurgia parendodôntica, porém as mais utilizadas são as de apicectomia com ou sem obturação retrógrada, pois estas eliminam a maior parte das complexidades anatômicas no terço apical e melhor selamento (Carvalho, Estrela Garcia 2017; Ribeiro & Borges, 2015; Soares et al., 2017). A apicectomia, é a técnica cirúrgica que visa a ressecção da porção apical da raiz e curetagem da área envolvente, para remoção da lesão periapical, prevenir sua recorrência e promover a regeneração dos tecidos (AZAMBUJA; BERCINI; ALAMO, 2006). A obturação retrógrada visa o preparo de uma cavidade na porção final do remanescente radicular e o preenchimento deste espaço com um material que apresente boas propriedades físico-químicas e biológicas (AGOSTINHO, 2013; NAGATSUYU, 2012).

Martins (2017) e Silva; Souza (2017) relataram que a apicectomia é indicada em vários casos como correção do terço apical em canais obstruídos

ou inacessíveis, ramificações radiculares não obturadas como deltas apicais, raízes dilaceradas, materiais estruídos na região do ápice, perfurações, instrumentos fraturados no terço apical da raiz, reabsorções radiculares externas. Em relação à apicetomia acompanhada da retro-obturação, Oliveira; Lemos (2009) e Pipa (2015) corroboram com sua indicação quando não foi possível a obturação hermética do conduto, e é necessário o selamento da extremidade apical da raiz para um vedamento efetivo ente o canal radicular e os tecidos periapicais e evitar infecções futuras, ou mesmo que uma infecção seja perpetuada.

A confecção do preparo retrocavitário pode ser realizada por meio de brocas convencionais ou insertos ultrassônico, sendo este último o padrão ouro para os preparos atuais. A principal vantagem do uso dos insertos é a capacidade de realizar um preparo centralizado e proporção 3:1, possibilitando um melhor selamento retrógrado e uma melhor adaptação do material preenchedor (Oliveira & Lemos, 2009; Pipa 2015; Silva & Souza 2017).

O material preenchedor das cavidades retrógradas devem proporcionar um bom selamento marginal, biocompatibilidade com os tecidos periapicais, atividade antimicrobiana, não ser solúvel com o tempo, não ser reabsorvido, possua boa estabilidade dimensional, facilidade de preparo e inserção, radiopacidade, seja insensível à umidade, não sofra corrosão e não manche os tecidos perirradiculares, induza o reparo apical e promova a osteogênese e cementogênese (Pipa, 2015; Souza, Faria e Gomes 2012). Ao longo dos anos, diversos materiais como amálgama de prata, óxido de zinco e eugenol, cimento Super EBA®, cimento ionômero de vidro, IRM, Mineral Trióxido Agregado (MTA), Sealer 26 e Sealapex associado ao oxido de zinco foram e são utilizados na obturação retrógada (Tanomaru-Filho et al., 2006; AGOSTINHO, 2013 e NAGATSUYU, 2012, Spir et al., 2016).

Diversos estudos prévios demonstraram que as propriedades físico-químicas e biológicas do MTA são superiores ao do Amalgama, IRM, OZE e Super EBA®, sendo o material de primeira escolha e de padrão ouro (Tanomaru-Filho et al., 2006; Fagundes et al. 2011; Souza, Faria e Gomes 2012, Spir et al.,

2016). No entanto, o MTA apresenta como desvantagens a ausência de adesividade as paredes dentinárias e difícil inserção na cavidade (Tanomaru-Filho et al., 2006). Por esta razão, diversos pesquisadores propuseram o uso de outros materiais como preenchedores de cavidades retrógradas, visando os facilitar a inserção do material e melhor adaptação nos casos de cavidades expulsivas (Spir et al., 2016).

Os enxertos ósseos juntamente com as membranas colágenas têm desempenhado um papel importante no transoperatório de cirurgias parendodônticas e geralmente são usadas em conjunto. Após a inserção dos enxertos ósseos e acomodados no leito cirúrgico são recobertos por membranas. Essas membranas possuem diferentes origens, podendo ser constituídas a partir de colágeno bovino tipos I e II, colágeno suíno, e também podem ser constituídas de materiais inorgânicos como ácido polilático. Quesada, Brenner, Feltraco (2011) verificaram a eficácia das membranas reabsorvíveis frente às não reabsorvíveis em artigos baseados em relatos de casos clínicos a partir do ano de 1997. Os autores concluíram que as membranas de politetrafluoretileno expandido e-PTPE (não reabsorvíveis) são mais facilmente adaptáveis nas margens da lesão, promovendo um crescimento direcionado na formação de um arcabouço responsável pela acomodação de células neoformadoras presentes no sangue, e que ambas as membranas são eficientes e devem ser utilizadas mediante um planejamento individualizado e coerente. O uso correto de membranas de diferentes origens colabora no recrutamento de células neoformadoras durante a regeneração óssea guiada.

O sealer 26 e Sealepex foram dois cimentos endodônticos proposto para uso de preenchimento de cavidades retrógradas por Tanomaru-Filho et al. no ano de 2006. Porém, estes cimentos eram utilizados em consistência densa, ou seja, com acréscimo de pó do próprio cimento (Sealer 26) ou de óxido de zinco (Sealapex). Os trabalhos demonstraram que estes materiais apresentaram respostas teciduais, qualidade de selamentom, baixa solubilidade e radiopacidade semelhantes ao MTA, sendo considerado uma possibilidade de utilização como materiais preenchedores (Spir et al., 2016).

O procedimento cirúrgico de apicectomia em associação obturação retrógrada visa eliminação de complexidades anatômicas no terço apical e um adequado selamento dessas ramificações remanescentes, assegurando uma maior chance de sucesso no tratamento (Carvalho, Estrela Garcia 2017; Ribeiro & Borges, 2015; Soares et al., 2017). Por isso, quando o endodontista souber indicar, contraindicar e realizar os procedimentos com critérios técnicos adequados, a chance de sucesso do tratamento e manutenção do elemento dental em função será maior. Ressalta-se que a cirurgia parendodôntica é a última alternativa de tratamento de um elemento dental, sendo o próximo passo a exodontia e a instalação de implantes osseointegrados.

Conclusão

A cirurgia parendodôntica é a primeira opção de tratamento em dentes que o tratamento endodôntico convencional fracassou e a não há possibilidade de retratamento convencional.

As técnicas cirúrgicas e materiais utilizadas propiciaram um excelente resultado clínico e sucesso do tratamento.

Referências Bibliográficas

AGOSTINHO, M. L. Comparação da micro infiltração de três materiais de retrobturação utilizados em cirurgia endodôntica. 2013. 81 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Almada, 2013.

ALMEIDA-FILHO, J. et al. Cirurgia parendodôntica: relato de caso. Oral Sci, v. 3, n. 1, p. 21-25, jan./dez. 2011.

AUN, C.A.; AUN, C. E.; GAVINI, G. Cirurgia apical: técnicas, tecnologias e materiais na busca do sucesso. Revista Odontológica da Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, v.22, n.1, p. 40-46, jan./abr. 2010.

AZAMBUJA, T. W. F.; BERCINI, F.; ALANO, F. Cirurgia parendodôntica: revisão da literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 24-29, abril 2006.

CARVALHO, D. C. O.; ESTRELA, C. B.; GARCIA, R. R. Cirurgia periapical na complementação do retratamento endodôntico: relato de um caso clínico. J Health SciInst, v. 35, n. 2, p. 137-41, 2017.

Espir CG, Guerreiro-Tanomaru JM, Spin-Neto R, Chávez-Andrade GM, Berbert FL, Tanomaru-Filho M. Solubility and bacterial sealing ability of MTA and root-end filling materials. J Appl Oral Sci. 2016;24(2):121–125. doi:10.1590/1678-775720150437

FAGUNDES, R. B. et. al. Cirurgia parendodôntica: uma opção para resolução de perfuração radicular – apresentação de caso clínico. Rev Odontol UNESP, Araraquara, v. 40, n. 5, p. 272-277, set./ out. 2011.

GIRARDI, G. V. et al. Influência do ângulo de corte radicular na microinfiltração apical, comparando duas técnicas de apicetomia na cirurgia paraendodôntica.

Revista da Faculdade de Odontologia de Passo Fundo, Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2012.

MARTINS, A. M. Indicações e contra-indicações do retratamento endodôntico: revisão de literatura.2017. 37 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

MORALES, V. Indicações e índice de sucesso da apicectomia. 2014. 25 f. Monografia (Especialização em Endodontia) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

NAGATSUYU, A. Y. Apicectomia seguida de obturação retrógrada. 2012. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

OLIVEIRA, C. J.; LEMOS, S. R. Cirurgia parendodôntica: como realizá-la com embasamento científico-técnicas e materiais. 2009. 82 f. Monografia (Especialização em Endodontia) - Instituto de Estudos da Saúde-IES, Belo Horizonte, 2009.

PAVELSKI, M. D. et al. Cirurgia paraendodôntica: relato de caso. RGO, Porto Alegre, v. 64, n. 4, p. 460-466, out./dez. 2016.

PIPA, C. B. Análise clínica e radiográfica de dentes submetidos a cirurgia parendodôntica há mais de 10 anos. 2015. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araçatuba, 2015.

QUESADA, G.A.T. BRETANO, F.B.; FELTRACO, LT. Análise das membranas de colágeno bovino, comparativamente às membranas de politetrafluoretileno expandido, como barreira de proteção em regenerações ósseas guiadas para posterior colocação de implantes e no tratamento de periimplantes com e sem o uso de enxertos bovinos. Revista Dentística on-line. Ano 10, n.20, 2011.

RIBEIRO, J. M. S.; BORGES, P. S.; Cirurgia paraendodôntica: revisão de literatura.2015. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Odontologia, Universidade Tiradentes, Aracaju, 2015.

ROSSI, R. R. et al. Cirurgia parendodôntica para remoção de Instrumento fraturado: relato de caso. MASTER, v. 5, n. 4, p 1-4, 2013.

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

SOARES, N. P. D. et al. Princípios da cirurgia parendodôntica. Revista de Odontologia Contemporânea-ROC, v. 1, n.1, p. 58-65, out. 2017.

SOUZA, A. C. P.; FARIA, R. A.; GOMES, J. B. Resolução cirúrgica e retroobturação com MTA de um granuloma peirapical. E-RAC, v. 2, n. 1, p. 1-8, 2012.

Tanomaru-Filho M, Luis MR, Leonardo MR, Tanomaru JM, Silva LA. Evaluation of periapical repair following retrograde filling with different root-end filling materials in dog teeth with periapical lesions. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;102(1):127–132.