FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Sandro de Mattos Salgado

MANEJO COM FENESTRAÇÃO DE MUCOSA: RELATO DE CASO

São Luís - MA

2018

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

Sandro de Mattos Salgado

MANEJO COM FENESTRAÇÃO DE MUCOSA: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade sete Lagoas, como requisito parcial, para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientadora: Prof. Me. Alex Sandro Mendonça Leal

São Luís - MA

2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida.

A minha família que sempre estão do meu lado.

Aos professores e amigos do curso, por terem feito parte de mais essa etapa de minha vida.

A minha orientadora, Alex Sandro Mendonça, pela disponibilidade, paciência, sabedoria, a mim direcionada durante todo o curso e durante elaboração deste trabalho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram e participaram para essa titulação.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Martin Luther King)

Resumo

A fenestração de Mucosa é um desordem óssea pouco comum, onde envolve o osso alveolar, estando ausente em parte da raiz, preservando sua parte coronária e exponde no ambiente bucal a região apical. As suas etililogias são pouco conhecidas O caso descrito, trata-se de um paciente com diagnostico de fenestração de mucosa, onde foi submetido a tratamento endodôntico convencional, apicectomia com retropreparo, selamento apical com MTA e enxerto de conjuntivo. Após 30 dias de seguimento, obtivemos o fechamento total da fenestração e sucesso no caso.

Palavras Chaves: Fenestração de Mucosa, Lesão Apical, cirurgia perirradicular

Abstract

Mucosa fenestration is an uncommon bone disorder, where it involves the alveolar bone, being absent in part of the root, preserving its coronary part and exposing the apical region in the buccal environment. Its ethylene glycols are little known The case described is a patient with diagnosis of mucosal fenestration, where he underwent conventional endodontic treatment, apicoectomy with retropreparation, apical sealing with MTA and connective graft. After 30 days of follow-up, we obtained the complete closure of fenestration and success in the case.

Keywords: ; mucosal fenestration, Apical lesion, periradicular surgery

Sumário

Introdução.....08
Relato de caso clínico.....09
Discussão.....13
Conclusão.....15
Referência.....16

O periodonto tem a função de sustentação e proteção da raiz e o osso alveolar pode se apresentar de diferentes espessuras na região mandibular e maxilar, podendo sofrer alterações que envolvem a diminuição da sua espessura. Assim, favorecem o surgimento dos defeitos ósseos (deiscência e fenestração), mesmo sem apresentar doença periodontal (Carranza, 1996).

A ausência do osso alveolar a partir da porção coronária das raízes é caracterizada como deiscência, já a fenestração é caracterizada pela ausência de osso em partes da raiz, preservando a porção na região coronária. A fenestração ainda pode se apresentar com a exposição da raiz no meio bucal, que é descrita como fenestração de mucosa, onde além do defeito ósseo, apresenta uma abertura na mucosa, expondo a raiz ao ambiente bucal, proporcionando pior prognóstico para terapia endodôntica (Lindhe 2003).

A fenestração é um defeito ósseo de baixa prevalência na população e o seu diagnóstico pode ser um obstáculo no planejamento endodôntico e também cirúrgico (Nimigean, 2013).

Os fatores etiológicos da fenestração não são ainda bem esclarecidos, porém, algumas características como o tamanho e posição do elemento dentário, espessura do osso alveolar, dentes que sofreram movimentação ortodôntica, idade, lesão periodontal e endodôntica, trauma oclusal, inserção de freios e bridas além de anomalias de desenvolvimento deverão ser levadas em consideração durante o exame clínico de pacientes com esta enfermidade (Rodrigues, 2010). A associação desta enfermidade com necrose também é evidente.

O tratamento desses defeitos ósseos envolvem a terapia endodôntica e cirúrgico, onde a enucleação, enxertos ósseos e de tecido conjuntivo poderão ser indicados (Pereira 2013).

Em decorrência do exposto, o caso clínico visa mostrar o tratamento e proservação de um paciente com diagnóstico de fenestração de mucosa e necrose pulpar no intuito de evidenciar o resultado da terapia realizada, em decorrência da escassez de literatura científica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 52 anos, procurou atendimento odontológico na Clínica de uma Faculdade de Odontologia com queixa de “dente escurecido” relacionada ao incisivo central superior esquerdo. O paciente relatou que a alteração cromática surgiu há cerca de 10 anos e que em determinados períodos saía uma secreção amarelada na região e depois de alguns dias desaparecia, porém sem episódio de dor aguda.O elemento dental apresentava-se hígido, com retração gengival e desgaste na borda incisal, provavelmente em decorrência de hábito parafuncional, porém, o paciente nunca procurou tratamento ortodôntico. Além disso lembrou de um episódio traumático 15 anos atrás nesta região, quando um objeto metálico de um maquinário de garimpo atingiu o dente.

No exame clínico foi observada uma área de 3 milímetros (figura 01) de fenestração óssea com invaginação do epitélio oral e exposição da região apical do incisivo central superior esquerdo, que estava recoberto por cálculo. Após a sondagem da área de fenestração, não ocorreu sangramento e a profundidade não excedeu 1 milímetro. A resposta aos testes de sensibilidade pulpar ao frio e percussão vertical foi negativa, com queixa de incômodo apenas à percussão horizontal.

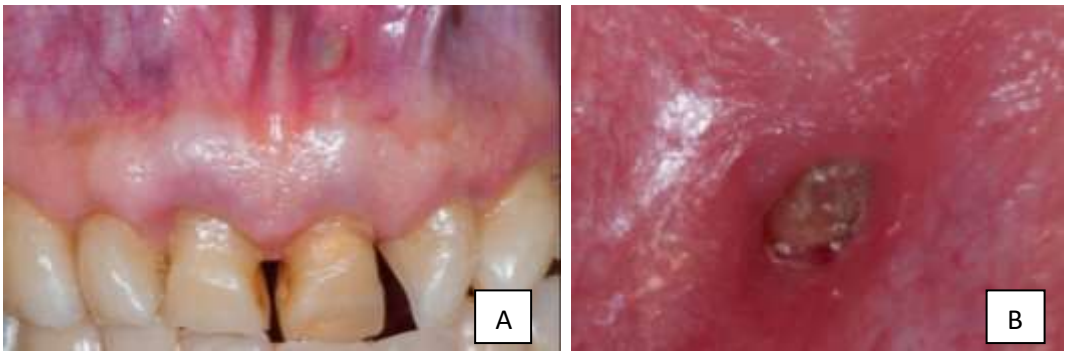


Figura 1- (A) Fenestração de mucosa do elemento 21. (B) Imagem da fenestração de mucosa ampliada.

Na radiografia periapical foi observada uma radioluscência periapical difusa com cerca de 5 milímetros de largura (Figura 2). O exame de tomografia computadorizada de feixe cônico mostrou uma grande inclinação para vestibular da raiz quando comparado aos dentes vizinhos e a cortical óssea vestibular apresentava-se delgada com a área da lesão medindo 3.5x4.5x6 milímetros (comprimento x largura x altura). O dente foi diagnosticado com necrose pulpar e indicação da terapia endodôntica convencional e posterior cirurgia parendodôntica com apicectomia, retropreparo e retro-obturação com mineral trióxido mineral.



Figura 2- Raio x periapical inicial.

O tratamento endodôntico foi realizado com isolamento absoluto e anestesia local. Após o acesso da câmara pulpar, o canal foi irrigado com solução de hipoclorito de sódio 2,5%, a mesma utilizada durante todo o tratamento, com agulhas de irrigação 27gauge. A neutralização do conteúdo séptico foi executada com limas do tipo K-file de primeira série, seguida de odontometria radiográfica e estabelecimento do comprimento de trabalho. A técnica de instrumentação clássica foi empregada com limas k-file 40 a 60. Em seguida, o canal radicular foi preenchido com pasta à base de hidróxido de cálcio Ultracal por 14 dias.

Na segunda sessão o canal foi obturado através da técnica de condensação lateral ativa, com cones de guta-percha e cimento AH Plus. O acesso palatino foi restaurado com resina fotopolimerizável microparticuladaFiltek Z350.

Duas semanas após a obturação do canal radicular foi realizada a cirurgia parendodôntica, com anestesia infiltrativa de articaína 4% com 1/100.000 de epinefrina. A incisão intrasulcular com retalho total e 2 relaxantes foi escolhida devido a ausência de coroas protéticas na região e também para possibilitar maior exposição da área. Após a divulsão do retalho foi observada perda da cortical óssea vestibular cerca de 4 milímetros abaixo da junção amelo-cementária. Somente o cálculo subgengival foi removido através de insertos acoplados em um aparelho ultrassônico. Para remover a lesão apical aderida ao ápice radicular em uma peça única, realizou-se primeiramente o corte dos 3 milímetros apicais com uma broca Zecrya em alta rotação, mas durante a remoção e manipulação da peça cirúrgica para colocação no recipiente contendo formol a 10%, houve a separação da lesão aderida ao fragmento radicular. O cálculo visualizado na região do terço apical se desprendeu durante corte dos 3 milímetros apicais.

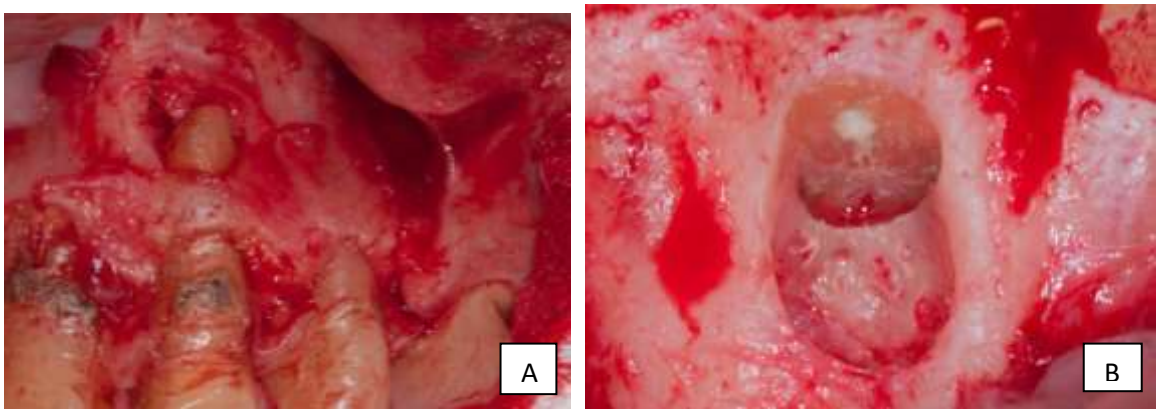


Figura 3- (A) Imagem cirúrgica após descolamento do retalho. (B) Imagem após remoção da lesão, apicectomia e obturação com MTA .

A cavidade cirúrgica foi prontamente curetada até observara presença de tecido ósseo sadio. O retro-preparo foi realizado com inserto ultrassônico diamantado e preenchido com MTA. Convém observar que praticamente em todos

os momentos da curetagem, corte do remanescente radicular, retro-preparo e colocação do MTA na cavidade radicular houve o auxílio do micro-espelho.

Por fim, uma copiosa irrigação com soro fisiológico foi realizada, momento que foi sucedido do preenchimento sanguíneo total da loja cirúrgica e finalizando com a sutura do retalho.Anti-inflamatórios e analgésicos foram utilizados no período pós-cirúrgico de 4 dias e transcorridos 7 dias após a cirurgia, a sutura foi removida e o relato de nenhuma situação de anormalidade tenha ocorrido.

O acompanhamento de 30 dias depois da etapa cirúrgica mostrou o desaparecimento total da fenestração, como pode ser visto através da figura.

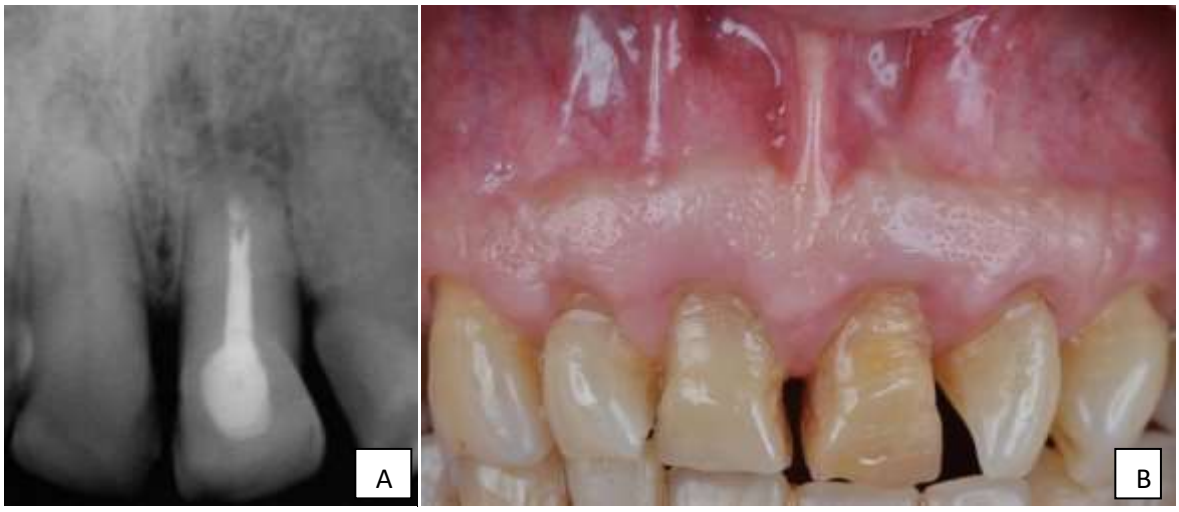


Figura 4- (A) Raio X periapical Final. (B) Imagem da fenestração da mucosa 6 meses após a conclusão do caso.

DISCUSSÃO

A fenestração de mucosa, também conhecida com “fenestração gengival”, “fenestração apical”, são lesões que se mostram bastante incomum no dia dia do cirurgião dentista (Lin, 2015). A literatura evidencia maior presença de fenestração no osso maxilar, observada em 42,62% contra 24,73 na região mandibular. Os dentes mais afetados foram os incisivos e caninos, com relação ao gênero, os diversos estudos não apresentaram diferença. As etiologias não se mostram clara, porém, as mais comuns são inflamação periapical crônica, projeção do esmalte e osso alveolar muito fino (Pereira, 2013).

Nessa desordem óssea, nem sempre a terapia indicada é a cirúrgica onde principalmente não há envolvimento endodôntico. Entretanto, em casos com indicação de procedimento cirúrgico, a terapia convencional endodôntica torna-se fundamental para acura do processo (Niminegea, 2013).

Geralmente o tratamento da fenestração envolve uma equipe interdisciplinar, com endodontista, periodontista e cirurgião bucomaxilo facial. Na literatura não se encontra em protocolo bem definido sobre qual tratamento é mais indicado, porém, os fatores etiológicos encontrados servem de orientação para o plano de tratamento (cirúrgico e endodôntico) (Niminegea, 2013).

O diagnóstico é confirmado através de radiografia periapical, porém, as tomografias cone beam vem se mostrando indispensáveis, pois a visualização real em 3D proporciona melhor planejamento do caso (Lundgren e Slotte 1999).

Diversas terapias são empregadas no tratamento da fenestração de mucosa, como a utilização de enxerto ósseo, enxerto de conjuntivo, retalho e membrana (Niminegea, 2013).

Segundo Nimegean 2013, o tratamento endodôntico é indispensável, porém ´deverá ser aliado ao tratamento cirúrgico para a cura da enfermidade .

O processo de selamento após a remoção da parte apical é realizada com a utilização do MTA (Mineral Trióxido se mostra um excelente material a ser utilizaAgregado), devido a sua biocompatibilidade (Lin, 2015).

Varios materiais tem sido indicado como matéria para retro-obturação de canais radiculares, como o MTA e super EBA, sendo o primeiro mais utilizado (SONG et al, 2012)

No estudo de Chen 2009, onde foi realizado no defeito ósseo enxerto liofilizado, utilizando retalho de conjuntivo que foi removido do palato, e após o controle de 1 ano, houve fechamento total da lesão.

Em 1999, Lundgren e Slotte recomendam a colocação de enxerto sob as membranas reabsorvíeis com a finalidade de manter o espaço e potencializar a regeneração.

Foi relatado sucesso no tratamento de fenestração de mucosa severa de um incisivo lateral, com envolvimento vestibular e palatino, com realização de tratamento endodôntico convencional e apicectomia, e emprego de enxerto ósseo e de conjuntivo (SOOD, 2015)

Após controle de um ano de dois casos de fenestração de mucosa, realizado tanto tratamento endodôntico como cirúrgico, foi observado sucesso e com remissão do defeito ósseo. (Chen, 2009)

Lin em 2015 reforçou as afirmativas acima, onde o tratamento endodôntico convencional aliado a cirurgia apical e enxerto ósseo e de conjuntivo, demonstrou mais uma vez que esta modalidade de tratamento favorece o sucesso de casos de fenestração.

Em 2015, MORAES et al, realizou um seguimento de 6 anos após realização de retra-obturação endodôntica e enxerto ósseo e membrana de colágeno sobre o enxerto, obtendo sucesso no tratamento.

CONCLUSÃO

A fenestração de mucosa com envolvimento endodôntico são alterações incomuns, e devido a escassez da literatura cientifica, não há um protocolo bem definido. Porém, ficou evidenciado que o sucesso desta enfermidade envolve a combinação entre terapia endodôntica convencional associado a procedimento cirúrgico.

REFERÊNCIAS

CARRANZA Jr., F. A. et al. **Clinical Periodontology**. 8ª ed. Philadelphia: Saunders, 1996.

CHEN G, Fang CT, Tong C. The management of mucosal fenestration: a report of two cases. Int Endod J 2009;42:156–64.

LINDHE J, Karring T, Araújo M. Anatomia do periodonto. In: Lindhe J, Karring T, Lang NP. **Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral**. 4 ed.
Guanabara Koogan, 2003: 3-48.

LIN, Y. et al. Treatment of Large Apical Lesions with Mucosal Fenestration: A Clinical Study with Long-term Evaluation. **JOE**-Volume 41, Number 4, April 2015

LUNDGREN, D.; SLOTTE, C. Reconstruction of anatomically complicated periodontal defects using a bioabsorbable barrier supported by bone mineral. A 6-month follow-up study of 6 cases. **J. Clin. Periodontol**. v. 26, n. 1, p. 56-62, 1999.

MORAES, SH et al. LESÃO PERIAPICAL COMUNICANTE ENTRE DOIS DENTES COM FENESTRAÇÃO ÓSSEA VESTIBULAR. CASO CLÍNICO. **Revista Gestão & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 01-06, 2016.

NIMEGEAN, V.R.; NMEGEAN V. Combined mucosal and alveolar fenestration:
a clinical report and literature review**. Rom J Morphol Embryol** 2013, 54(2):437–441

PEREIRA, K.F. et al. Método alternativo de recobrimento de enxerto ósseo utilizando enxerto de tecido conjuntivo. **Rev Odontol UNESP**. 2013; 42(N Especial):81

RODRIGUES, E. AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DEISCÊNCIAS E FENESTRAÇÕES EM CADÁVERES HUMANOS. 2010. Disserteção (mestrado profissionalizante em odontologia) – **Universidade Viega de Almeida-UVA**, Rio de Janeiro.

SOOD, V.; YADAV, P. Endodontic and periodontal management of a severely affected maxillary lateral incisor having combined mucosal fenestration and palatogingival groove**. J Indian Soc Periodontol**. 2015 May-Jun; 19(3): 348–351.

SONG, M.; CHUNG, W.; LEE, S.J.; KIM, E. Long term outcome of the cases classified as successes based on short-term follow-up in endodontic microsurgery. **J. Endodon**.v. 38, n. 9, p. 1192-1196, 2012.