

BRUNA KALYNA FERREIRA ROSA

**ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS ENDODÔNTICA E CIRÚRGICA EM DENTE COM
RIZOGÊNESE INCOMPLETA: RELATO DE CASO**

BRUNA KALYNA FERREIRA ROSA

**ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS ENDODÔNTICA E CIRÚRGICA EM DENTE COM
RIZOGÊNESE INCOMPLETA: RELATO DE CASO**

Artigo científico apresentado ao Curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE. Como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontopediatria.

Orientadora: Profa Clarrisa Lopes Vieira

São Luís

2018

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Monografia intitulada “ASSOCIAÇÃO DE TÉCNICAS ENDODÔNTICA E CIRÚRGICA EM DENTE COM RIZOGÊNESE INCOMPLETA: RELATO DE CASO” de autoria da aluna Bruna Kalyna Ferreira Rosa, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Clarissa Lopes Vieira

Orientador

Alberto Salsin Moura Barbosa

Examinador

Gaudia de Castro Rizzo

Examinador

São Luís, 16 de Outubro de 2018

RESUMO

Neste artigo descreve-se a abordagem multidisciplinar realizada em um dente permanente jovem, com rizogênese incompleta e extensa lesão periapical, em que já havia sido realizado, sem sucesso, a técnica convencional de apicificação. A alternativa como tratamento encontrada foi o tratamento endodôntico, seguida de cirurgia paraendodôntica com uso de biomateriais.

Palavras-chave: Rizogênese Incompleta. Apicificação. Tratamento Endodôntico. Cirurgia Paraendodôntica.

ABSTRACT

In this article we describe the multidisciplinary approach performed in a permanent young tooth, with incomplete rhizogenesis and extensive periapical lesion, in which the conventional technique of apicification had already been performed, without success. The alternative treatment was endodontic treatment, followed by paraendodontic surgery using biomaterials.

Keywords: Incomplete rhizogenesis. Apicification. Endodontic treatment. Paraendodontic Surgery.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 RELATO DO CASO	7
3 DISCUSSÃO	8
4 CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS.....	11
ANEXO A - ILUSTRAÇÕES.....	12

1 INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário é uma situação de urgência frequente nos consultórios odontopediátricos e impõem ao profissional um conhecimento apurado de diagnóstico e manejo multidisciplinar. Muitas vezes o atendimento que deveria ser imediato não é efetivamente realizado, o que pode gerar circunstâncias clínicas complexas (CAMPOS *et al*, 2006; GRANVILLE-GARCIA *et al*, 2006).

Consideram-se lesões traumáticas dentárias desde uma simples fratura em esmalte até a perda definitiva do elemento dentário. Existe uma predominância de traumatismos dentários em indivíduos do sexo masculino (PROKOPOWITSCH *et al*, 1995, MARTINS *et al*, 2002, PORTO *et al*, 2003), especialmente em dentes anteriores e pacientes com idade escolar (DAMASCENO *et al*, 2002), como consequência de quedas, brigas ou lutas, acidentes esportivos, automobilísticos, traumatismos com objetos e maus tratos (PROKOPOWITSCH *et al*, 1995, MARTINS *et al*, 2002, PORTO *et al*, 2003).

O término do desenvolvimento radicular e apical, de um dente permanente humano, ocorre três anos após a erupção dental. Em casos do trauma ocorrer em dentes com rizogênese incompleta a literatura não apresenta um protocolo clínico definitivo, pois vários fatores precisam ser avaliados.

A técnica mais comumente utilizada é a apicigênese, onde é estimulada a formação de uma barreira apical, para que posteriormente possa ser inserido o material obturador (SHABAHANG 2013). No entanto, este tratamento apresenta limitações e elevada taxa de insucesso uma vez que: a presença a longo prazo do hidróxido de cálcio no conduto radicular pode levar a fragilização da raiz por suas propriedades higroscópica e proteolíticas; e também depende da colaboração do paciente em comparecer nas consultas periódicas de troca de medicação (ANDREASSEN *et al*, 2002).

Existem também outras alternativas de tratamento como: resvascularização, apicificação, apicectomia e uso de biomateriais indutores de formação óssea e dentinária; e a associação de técnicas surgem como alternativas para aumentar a taxa de sucesso no manejo de dentes traumatizados com formação radicular incompleta.

Assim, o presente estudo tem como objetivo, apresentar um caso clínico da associação de técnicas endodôntica e cirúrgica no manejo de dente com rizogênese incompleta após insucesso de apicigênese com hidróxido de cálcio.

2 RELATO DO CASO

Paciente, sexo masculino, 14 anos, feoderma, normoreativo, procurou atendimento no Curso de Especialização em Odontopediatria no Instituto Pós Saúde, na cidade de São Luís – Ma, com queixa de escurecimento do dente e presença de fistula na região apical do incisivo superior direito (11), sem sintomatologia dolorosa, após tratamento endodôntico finalizado por outro profissional. No exame radiográfico, foi diagnosticado a presença de extensa lesão apical, rizogênese incompleta, material obturador endodôntico com preenchimento insatisfatório até terço médio da raiz, presença de canal fistuloso e restauração definitiva e insatisfatória na coroa.

Os responsáveis do paciente relataram que o trauma aconteceu aos 7 anos de idade e que o profissional anterior optou pela técnica de apicigênese com troca de medicações à base de hidróxido de cálcio e acompanhamento radiográfico (3 em 3 meses). Dentre essas trocas, o tempo de espera e acompanhamento foi de 5 anos e aos 12 anos foi realizado os tratamentos endodôntico e restaurador definitivos insatisfatórios (Figura 1).

Diante da complexidade do caso, uma equipe multidisciplinar composta pelo odontopediatria, endodontista e cirurgião bucomaxilofacial, se formou para propor aos responsáveis o retratamento endodôntico, seguido da cirurgia paraendodôntica e uso de biomaterial, para futura reabilitação coronária do dente traumatizado. (figuras 2 e 3)

Aos responsáveis foi esclarecido todos riscos e benefícios dos procedimentos e, estes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Após exame clínico e radiográfico, realizou-se a anestesia (Cloridrato de Articaina 4% com Epinefrina 1:100.000, Articaine® DFL, Rio de Janeiro, Brasil), isolamento absoluto e a abertura coronária. Em seguida, foi removido o material obturador insatisfatório com auxílio de limas tipo Hesrgtron (Maillefer Dentsply, Ballaigues, Suíça) nos terços cervical e médio. A odontometria foi realizada com uma lima tipo Kerr # 80 e iniciou-se um leve preparo químico-mecânico do conduto radicular com limas # 90 e # 110 com abundante irrigação com hipoclorito de sódio a 2.5%. A

pasta de hidróxido de cálcio (Callen PMCC - SS White) foi utilizada como medicação intracanal por um período de um mês (suficiente para a regressão da fistula completamente) e o selamento coronário feito com restaurador provisório (Villevie, Joinville, Brasil).

Decorrido esse período, removeu-se a medicação intracanal com o último instrumento apical de trabalho e abundante irrigação com NaOCl. Em seguida foi realizada lavagem com solução de EDTA 17 %, seguida de lavagem final do NaOCl e secagem com papel absorvente. O canal foi obturado com cone de guta percha pré-fabricado a partir de 2 cones # 60, cones assessórios e cimento endodôntico (Sealapex®, Kerr, Joinville, Brasil).

No dia seguinte procede-se com a cirurgia paraendodôntica para remoção do cisto apical, apicectomia com obturação retrograda dos 2 mm apicais com MTA e preenchimento da janela óssea com osso liofilizado (Bio-Oss – Geistlich 0,5g, São Paulo, Brasil) e material bioindutor Emdogain® (Straumann, Curitiba, Brasil). Todo biomaterial foi compactado com auxílio de calcadores cirúrgicos e recoberto com membrana reabsorvível (Helicote, York, Pensilvânia). (Figura 4) A peça recolhida foi armazenada em solução de formol 10% e encaminhada para exame histopatológico.

O caso foi acompanhado por 7, 30 e 90 dias, onde observou-se ausência clínica de infecção e sintomatologia do paciente (Figura 5 e 6).

3 DISCUSSÃO

O manejo de dentes traumatizados e rizogênese incompleta é um desafio constante no consultório odontológico. Existem várias técnicas de tratamento, entre elas a apicificação ou apicigênese, revascularização pulpar e apicectomia, mas não há um consenso com relação ao protocolo na prática clínica.

Na escolha do tipo de tratamento a ser realizado deve-se levar em consideração vários fatores como o tipo do trauma; o comprometimento da estrutura dentária e radicular; se há ou não envolvimento pulpar; e o estado de rizogênese do dente permanente jovem. No caso específico desse relato, por se tratar de um trauma coronário com formação de 2/3 radicular e extensa lesão periapical optou-se por associação de técnicas endodôntica e cirúrgica.

Quando o trauma provoca mortificação pulpar em dentes com rizogênese incompleta, a reparação e a criação de uma barreira apical ficam dependentes da

desinfecção do sistema de canais, que só pode ser obtida através da realização do tratamento endodôntico. Um dos fatores mais importantes para atingir apicificação é a limpeza do canal, ou seja, a completa remoção de todo o tecido necrótico.

Deve-se considerar também o fato do diâmetro foraminal nestes dentes ser bastante amplo, dificultando muito as manobras de obturação endodôntica podendo ocasionar grandes extravasamentos de material obturador. Diante disto se faz necessário a utilização de substâncias que induzam a formação de uma barreira apical que impeça o extravasamento do material obturador bem como sua perfeita acomodação, sendo o hidróxido de cálcio e o MTA as substâncias apificadoras de escolha devido à sua compatibilidade biológica, propriedades bactericidas e indutoras de mineralização, no que concordam diversos autores (GABRIEL JUNIOR, 2003; ESTRELA, 2004; LOPES; SIQUEIRA JUNIOR, 2004).

Vale ressaltar que todas as técnicas são de importância eficaz, levando em consideração todos os aspectos clínicos e radiográficos do elemento dentário, a exemplo da estrutura coronária e radicular remanescente que justifique a manutenção do dente em boca por possuir possibilidade de reabilitação coronária futura. No tratamento realizado tem-se como escolha a associação de técnicas visando a dimensão da lesão e o insucesso de outras técnicas já realizadas anteriormente. A intervenção cirúrgica com uso de material bioindutor de formação óssea e dentinária (Bio-oss® - Geistlich Pharma e Straumann® Emdogain®), surgem atualmente como alternativas para prognósticos favoráveis. Trata-se de um osso bovino mineral desproteínizado, com estrutura semelhante ao osso medular humano, tanto em sua morfologia estrutural quanto em sua composição mineral. Já o Straumann® Emdogain® contém derivado da matriz de esmalte proveniente de germes dentárias de porção não irrompidas, como componente dos tecidos embrionários, projetado para promover a regeneração previsível dos tecidos duros e moles perdidos devido a doença periodontal, trauma e etc. O principal componente do Straumann® Emdogain® é a amelogenina, que se reúne em uma matriz insolúvel sob condições fisiológicas. A matriz tem a capacidade comprovada de estimular vários tipos de células envolvidas na cascata de cicatrização de feridas de tecidos moles e duros (células-tronco mesenquimais, osteoblastos, fibroblastos, células do ligamento periodontal e cementoblastos) em direção a um padrão regenerativo.

Com base neste caso clínico, constatou-se que a associação de técnicas endodôntica e posteriormente cirúrgica de apicectomia adotada foi eficaz,

possibilitando a obturação do canal radicular e a regeneração óssea, restituindo assim, a saúde dos tecidos periapicais e ósseos e a funcionalidade dentária. Ressalta-se ainda que a colaboração do paciente e o acompanhamento clínico-radiográfico foram de fundamental importância para o êxito do tratamento.

4 CONCLUSÃO

Através deste caso clínico conclui-se que a abordagem multidisciplinar é uma alternativa como tratamento para dentes com rizogênese incompleta portadores de necrose pulpar, porém, não há um protocolo estabelecido e considerado ideal. Novos materiais e técnicas surgem para facilitar e otimizar o tratamento ao paciente, porém o paradigma endodôntico e as técnicas cirúrgicas adotadas nesse caso, baseado na limpeza, na forma e na desinfecção do sistema de canais radiculares e na reconstrução da estrutura óssea, deve continuar a ser adotado corretamente, de modo a garantir o sucesso do tratamento e restituir o equilíbrio biológico e funcional da estrutura dental e óssea.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, M. I.; HENRIQUES, K. A.; CAMPOS, C. N. Nível de informação sobre a conduta de urgência frente ao traumatismo dental com avulsão. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 2006.

GRANVILLE-GARCIA, A. F.; MENEZES, V. A.; LIRA, P. I. Prevalence and sociodemographic factors associated with dental trauma in preschoolers. **Odontol Clin-Cient**, 2006.

SHABAHANG, S. Treatment options: apexogenesis and apexification. **Journal of Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, India, 2013.

PROKOPOWITSCH, I.; MOURA, A. A.; DAVIDOWICZ, H. Fatores etiológicos e predisposição dos traumatismos dentais em pacientes tratados na clínica endodôntica da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. **RPG**, 1995.

MARTINS, E. L.; TORRIANI, M. A.; ROMANO, A. R. Estudo epidemiológico de traumatismos dos tecidos moles da face de pacientes pediátricos. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, 2002.

PORTO, R. B. et al. Prevalence of dento-alveolar traumatismos in the urgency pediatric dental clinic of FO. UFRGS. **Rev Fac Odontol**, Porto Alegre, 2003.

DAMASCENO, L. M. et al. Alterações no comportamento infantil decorrente da perda de dentes anteriores: relato de caso. **Rev Bras Odontol**, 2002.

ANDREASSEN, J. O.; FARIK, B.; MUNKSGAARD, E. C. Long-term calcium hydroxide as root canal dressing may increase risk of root canal fracture. **Dent Traumatol**, Copenhagen, 2002.

GABRIEL JUNIOR, R. W. **Avaliação in vivo da velocidade de solubilidade do hidróxido de cálcio, quando usado como medicação intracanal em dentes com rizogênese incompleta**. São Paulo. Tese (Doutorado em Odontologia) - Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. 2003.

ESTRELA, C. **Ciência Endodôntica**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA, JUNIOR. J. F. **Endodontia: Biologia e Técnica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

ANEXO A - ILUSTRAÇÕES

Figura 1



Figura 2



Figura 3

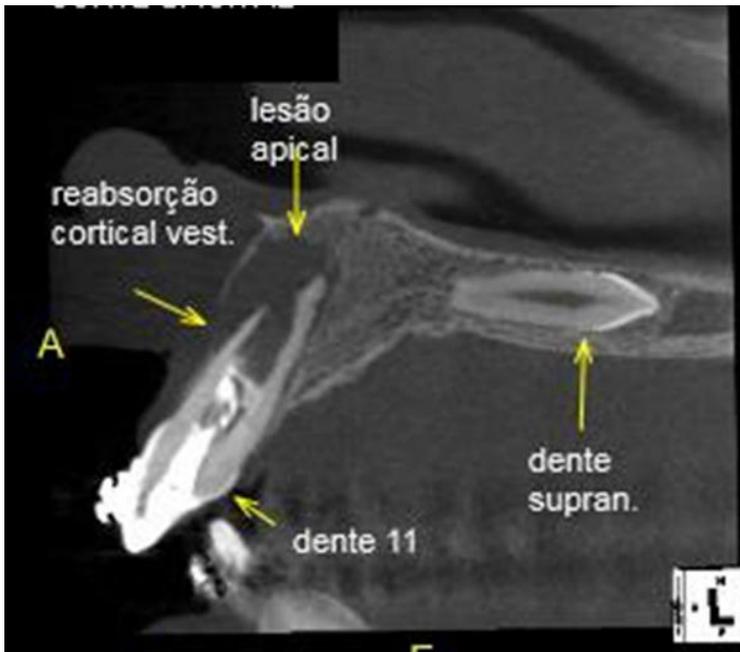


Figura 4



Figura 5

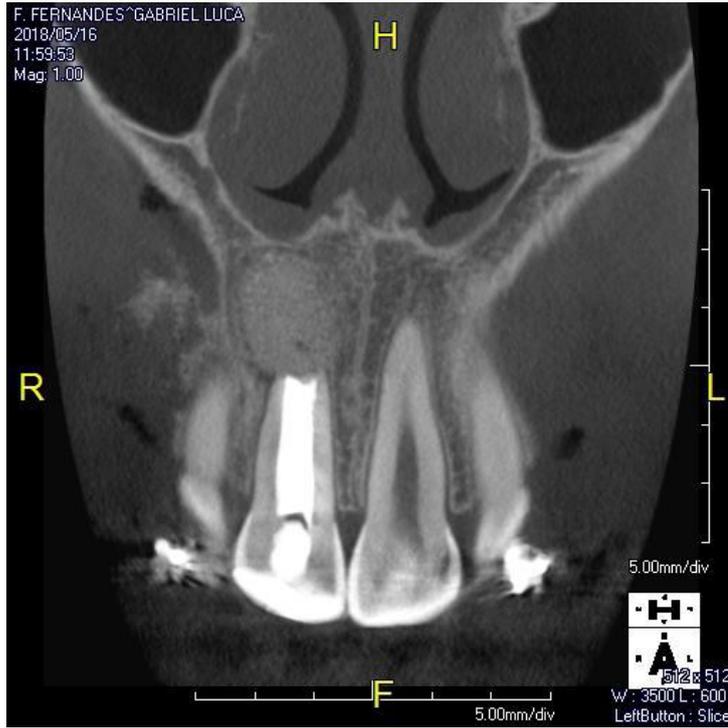


Figura 6

