

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

CARINE PACHECO PINHEIRO

ENUCLEAÇÃO DE LESÃO PERIAPICAL PARA REABILITAÇÃO COM
IMPLANTES DENTÁRIOS – RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO VELHO

2021

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

CARINE PACHECO PINHEIRO

ENUCLEAÇÃO DE LESÃO PERIAPICAL PARA REABILITAÇÃO COM
IMPLANTES DENTÁRIOS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Artigo apresentado ao curso de
Especialização Lato Sensu da Faculdade
Sete Lagoas – FACSETE, como requisito
parcial para obtenção do título de
especialista em Implantodontia

Área de concentração: Implantodontia

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Ferreira
Nóia

Co-orientador: Prof. Esp. Francisco
Ricardo Ribeiro Lima

PORTO VELHO

2021



Carine Pacheco Pinheiro

ENUCLEAÇÃO DE LESÃO PERIAPICAL PARA REABILITAÇÃO COM IMPLANTES DENTÁRIOS – RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em implantodontia

Área de concentração: Implantadontia

Aprovada em _14/08_/2021_ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Claudio Ferreira Nôia - FACSETE

Prof. Ms Maicon Mascarenhas Bonfim - FACSETE

Prof. Esp. Renan Pacheco - FACSETE

Sete Lagoas 14 de agosto 2021

Enucleação de Lesão Periapical para Reabilitação com Implantes Dentários: Relato de Caso Clínico

Resumo: Devido a alguns traumas no elemento dental, pode ocorrer na maioria das vezes a formação de lesões periapicais, esta que leva a defeitos ósseos relativamente grandes. Na maior parte das vezes são identificados através de exames radiográficos, neste caso em específico, foi através da tomografia computadorizada solicitada para um futuro tratamento de implante. Dentre os tratamentos cirúrgicos temos a enucleação. Quando a opção de tratamento for enucleação, podem ser utilizados para melhor cicatrização da cavidade óssea remanescente, colocação de biomaterial associados a uma membrana de colágeno. Realizada a enucleação da lesão localizada entre os elementos dentários 11 e 21, seguido de preenchimento da cavidade óssea remanescente, com biomaterial particulado e a contenção e estabilização do mesmo com uma membrana de colágeno devidamente adaptada sobre a região tratada. Com acompanhamento clínico e radiográfico foi possível constatar uma formação óssea adequada em toda região lesionada, o que possibilitará a reabilitação futura com implantes dentários de acordo com o planejamento anteriormente realizado.

Palavras-chave: Enucleação, Lesão Periapical, Implantes Dentários

Introdução

Nos últimos tempos os implantes tem sido utilizados com grande sucesso no processo de reabilitação dentária, possibilitando a devolução da estética e função para o paciente¹. No entanto, a presença de patologias na região apical de um elemento dentário comprometido pode ter interferência direta quando relacionado ao tratamento de implantes dentários.

O cisto periapical é uma das lesões de origem inflamatória mais comuns dentre os cistos odontogênicos, associado ao ápice de um dente com necrose pulpar, sendo caracterizado por uma cápsula de tecido conjuntivo fibroso revestido por epitélio¹.

No planejamento de uma cirurgia periapical, deve-se avaliar a área afetada pela lesão e as estruturas anatômicas adjacentes. Ao solicitar o exame radiográfico, deve optar por técnica que sejam mais precisas que forneçam informações reais da dimensão². Neste caso foi utilizado a tomografia computadorizada Cone Beam que devido as suas características, proporciona ao Cirurgião Dentista a visualização tridimensional de lesões patológicas e sua relação com as demais estruturas anatômicas importantes³.

Em relação aos achados radiográficos, no cisto periapical observa-se uma imagem radiolúcida, circunscrita por uma linha radiopaca bem definida, há perda de lâmina dura na região periapical, com osteogênese reacional oval associada ao ápice de um elemento dentário desvitalizado⁴. Essa lesão acomete preferencialmente, adultos entre a terceira e a sexta década de vida sendo a maioria dos pacientes assintomáticos, podendo ou não ocorrer sensibilidade, mobilidade e/ou deslocamento dental e tumefação⁵.

Quando a opção de tratamento é a enucleação do cisto teremos ao final da cirurgia uma cavidade óssea remanescente. Para um melhor prognóstico do tratamento é necessário o preenchimento de toda loja óssea com enxertos ósseos e recobrimento de toda área envolvida⁶. Neste caso foi utilizado enxerto heterógeno (Lumina Bone Médio 0,5g – Critéria – São Carlos/SP) e membrana de colágeno (Lumina Coat – Critéria – São Carlos/SP), como barreira de proteção.

Este estudo teve como objetivo relatar um caso clínico de enucleação de cisto periapical, diagnosticado através da tomografia computadorizada e preenchimento da cavidade óssea com o uso de biomateriais compatíveis, para uma posterior reabilitação com implantes dentários.

Relato de Caso

Paciente E.S. gênero feminino, 40 anos, procurou a Clínica de Especialização em Implantodontia da FACSETE, para colocação de implantes na região anterior da maxila, devido insatisfação estética e dores recorrentes na região.

Durante a anamnese a paciente relatou dores na região dos elementos dentários superiores anteriores e que não possuía nenhuma doença sistêmica relevante. Iniciamos o exame clínico e tomográfico, onde foram observados elementos dentários em posição, porém com mobilidade leve e estética bem insatisfatória devido inúmeras tentativas de tratamento clínico.

Ao analisar o exame tomográfico foi identificado uma extensa lesão óssea, localizada entre as raízes dos elementos 11 e 21, deslocando as raízes em direção aos dentes adjacentes 12 e 22.

O plano de tratamento proposto foi a realização de cirurgia para remoção lesão e preenchimento do defeito ósseo, para posterior remoção dos elementos dentários e instalação de implantes dentários na região.

A medicação pré operatória prescrita consistiu em Amoxicil 500mg (GSK BRASIL LTDA, Rio de Janeiro – Brasil) 2 cápsulas uma hora antes da cirurgia. Decatron 4mg – (Aché, Guarulhos – Brasil) 02 cápsulas, uma hora antes da cirurgia e Novalgina 500mg (Sanofi Aventis, Gentily – França) 01 comprimido uma hora antes da cirurgia.

O procedimento cirúrgico foi iniciado com assepsia intra oral com Periogard (Colgate – São Paulo/SP) e extra oral com clorexidina 0,12% (Maquira – Maringá/PR). Bloqueio do nervo infra-orbitário esquerdo e direito e nervo incisivo com anestésico Articaina (4%1:100.000 – Nova DFL – Rio de

Janeiro/RJ), complementando com infiltrativas na região dos elementos 13 ao 23 com mesmo produto.

A incisão com lâmina de bisturi 15C (Solidor – Diadema/SP), foi realizada na crista óssea na mesial do elemento 23 até a mesial do elemento 13, complementando com incisão relaxante até o fundo de vestibulo. O próximo passo foi a realização do descolamento mucoperiosteal com descolador de molt número 9 (Supremo – Caieiras/SP).

Após todo o descolamento e evidenciação de toda a lesão bem delimitada na região mostrada na tomografia, realizamos a curetagem com cureta de lucas (Supremo – Caieiras/SP). Após remoção de toda lesão, irrigou toda região com soro fisiológico 0,9% (Cloreto de Sódio – Fresenius – Acriráz/CE), e verificou de que toda a lesão havia sido retirada por completo da loja óssea, dando sequência ao procedimento, iniciou-se o preenchimento com biomaterial (Lumina Bone Médio 0,5g – Critéria – São Carlos/SP) e sobre esse material foi colocada membrana de colágeno (Lumina Coat – Critéria – São Carlos/SP), embebida em soro fisiológico 0,9% (Cloreto de Sódio – Fresenius – Acriráz/CE), na posição planejada anteriormente.

Em seguida após todo o material de enxertia óssea devidamente posicionado no local selecionado, realizamos o reposicionamento do retalho com o tecido que anteriormente havia sido descolado e rebatido, iniciamos a sutura com fio de nylon 4.0 (Shalon – São Luís de Montes Belos/GO), com auxílio do porta agulha castro velho (Supremo – Caieiras/SP) e pinça dietriche (Supremo – Caieiras/SP) para segurar e manter o tecido em posição, evitando dilaceração do mesmo. Optou -se por realizar pontos simples em toda extensão da incisão fechando e recobrimo toda área manipulada durante a cirurgia.

Após o procedimento cirúrgico, foi explicado para paciente todos os cuidados pós-operatórios e também prescrição medicamentosa pós cirúrgica, sendo os Amoxicil 500mg (GSK BRASIL LTDA, Rio de Janeiro – Brasil) 01 comprimido de 08/08 horas por 07 dias, Novalgina 500mg (Sanofi Aventis, Gentily – França) 01 comprimido de 06/06 horas por 03 dias ou mais, Arcoxia 90mg (Frosst Iberica S.A., Madrid – Espanha) 01 comprimido de 12/12 horas por 03 dias.

Paciente teve retorno com 15 dias para remoção dos pontos, onde constatou uma cicatrização satisfatória. Após 30 dias compareceu ao retorno e através da radiografia periapical observou a precisão do enxerto ósseo, onde não foi possível ver nenhuma imagem radiolúcida entre osso e biomaterial. Houve um excelente ganho de volume e contorno vestibular, favorecendo assim, a futura reabilitação de implantes na área estética desta paciente.

Atualmente a paciente encontra-se em acompanhamento mensal aguardando período de instalação dos implantes dentários.

Discussão

O cisto periapical representa uma lesão assintomática e geralmente não demonstra evidências clínicas, sendo assim possível de identificação através de exames radiográficos de rotina⁷. Nesse caso paciente relatava sensibilidade ao tocar/mastigar.

O diagnóstico dessa patologia é importante para minimizar possíveis erros e dar início há um planejamento cirúrgico adequado e seguro. A precisão das imagens obtidas através da tomografia computadorizada Cone Beam, com a técnica cirúrgica correta possibilita um prognóstico cirúrgico favorável⁸.

A observação de imagens por tomografia computadorizada Cone Beam em diferentes planos permitiu a observação da região em profundidade, eliminando sobreposições¹⁰. Após análise clínica e planejamento concluído, a conduta a ser seguida foi de enucleação total da lesão. Sendo esse o método padrão de tratamento destes cistos, onde há a remoção total da lesão¹¹. A enucleação consiste em um processo pelo qual a lesão cística é inteiramente removida eliminando as células epiteliais remanescentes que possam existir na periferia da parede cística ou cavidade óssea⁹.

Portanto para preenchimento e reparação da cavidade óssea, lançamos mão de enxertos ósseos e biomateriais, No entanto, existem controvérsias sobre o uso de técnicas de regeneração óssea guiada em defeitos periapicais¹².

Vários estudos tem relatado que há cicatrização óssea por segunda intenção após a enucleação sem o uso de enxertos ósseos¹³. Porém, algumas

vezes pode ocorrer a formação de tecido fibroso cicatricial em vez de neoformação óssea no local, radiograficamente esse tecido apresenta com uma imagem radiolúcida¹⁴.

Devido a controvérsias, este trabalho de relato de caso, defende o uso do enxerto ósseo após a enucleação, com acompanhamento adequado pelo fato de trazer uma segurança maior ao profissional, para que possa realizar futuramente a reabilitação com implantes dentários.

Conclusão

A enucleação do cisto periapical foi um tratamento efetivo, pois permitiu uma cicatrização adequada e rápido retorno da paciente à sua rotina, estando em comum acordo com a literatura. Além disso, a utilização de biomateriais manteve todo o arcabouço, evitando a invaginação de tecido mole na cavidade óssea, e favoreceu a avaliação da radiografia de preservação, pois esta não apresentou áreas radiolúcidas, sugerindo a formação óssea na área previamente ocupada pelo cisto periapical.

Periapical Injury Enucleation for Rehabilitation With Dental Implants: Clinical Case Report

Abstract: Due to some trauma to the dental element, periapical lesion formation can often occur, which leads to relatively large bone defects. Most of the time they are identified through radiographic exams, in this specific case, it was through computed tomography requested for a future implant treatment. Among the surgical treatments we have enucleation, marsupialization/decompression or association of the two techniques. When the treatment option is enucleation, they can be used for better healing of the remaining bone cavity, placement of biomaterial associated with a collagen membrane. Enucleation of the lesion located between dental elements 11 and 21 was performed, followed by filling of the remaining bone cavity with particulate biomaterial and its containment and stabilization with a collagen membrane properly adapted over the treated region. With clinical and radiographic follow-up, it was possible to establish adequate bone formation throughout the injured region, which will enable future rehabilitation with dental implants in accordance with the previously carried out planning.

Key Words: Enucleation, periapical lesion, dental implants.

Referências Bibliográficas

- 1- Vasconcelos R, Queiroz LMG, Alves Júnior LC, Germano AR. Abordagem Terapêutica em Cisto Radicular de Grandes Proporções – Relato de Caso. Ver Bras Ciências da Saúde. 2012;16(3):467-74.
- 2- Bramante CM, Berbert A, Cirurgia paraendodôntica. São Paulo: Livraria Santos Editora;2000.
- 3- Huuonen S, Kivist T, Gröndahl K, Molander A. Diagnostic value of computed tomography in retreatment of root fillings in maxillary molars. Int Endod J. 2006;39(10):827-833.
- 4- Freitas A, Rosa JE, Souza IF. Radiologia odontológica. 5ed., São Paulo: Artes Médicas; 2000.
- 5- Leonardo MR, Leal JM. Endodontia – Tratamento de Canais Radiculares: Princípios Técnicos e Biológicos. 3ed., São Paulo: Artes Médicas;2005.
- 6- Kadam NS, Ataide IDN De, Raghava P, Fernandes M, Hede R. Management of large radicular cyst by conservative surgical approach: a case report. J Clin Diagn Res. 2014;8(2):239-41.
- 7- Neto MM; Danesi CC; Unfer DT. Contribuição ao estudo do cisto radicular – revisão de literatura. Saúde (Santa Maria) 2004;30(1-2):90-99.
- 8- Simon JHS, Enciso R, Malfaz JM, Roges R, Bailey PM, Patel A. Differential diagnosis of large periapical lesions using cone beam computed tomography measurements and biopsy. Journal of Endodontics. 2006;32(9):833-837.
- 9- Henry-Neto MDE, Zanetta BD, Silvia CJ, Parreira SMC. Marsupialização e enucleação de cisto radicular apical. Ver. INPEO. 2007:1-64.
- 10- Cohenca N, Simon JH, Roges R, Morag Y, Malfaz JM. Clinical indications for digital imaging in dento-alveolar trauma. Part 1: traumatic injuries. Dent Traumatol. 2007;23:95-104.
- 11- Pereira-Junior COM, Rahal SC, Lima-Neto JF, Landim-Alvarenga FDC, Monteiro FOB. In vitro evaluation of three different biomaterials as scaffolds for canine mesenchymal stem cells. Acta Cir Bras. 2013;28(5):353-60.

- 12- Deshmukh J, Shrivastava R, Bharat KP, Mallikarjuna R. Giant radicular cyst of the maxilla. *BMJ Case Rep.* 2014.
- 13- Narula H, Ahuja B, Yeluri R, Baliga S, Munshi K. Conservative non-surgical management of an infected radicular cyst. *Contemp Clin Dent.* 2011 [cited 2017 May 3];2(4):368-71.
- 14- Dantas RMX, Dutra JÁ, Borges GL, Dutra FKA, Neri RF de A. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. *Ver Cir Traumatol Buco-maxilo-facial.* 2014;14(3):21-6.