

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Larissa Marcos Rodrigues

**RELATO DE CASO CLÍNICO:
APICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO DE CISTO INFLAMATÓRIO RADICULAR**

Guarulhos

2023

Larissa Marcos Rodrigues

**RELATO DE CASO CLÍNICO:
APICECTOMIA COM DIAGNÓSTICO DE CISTO INFLAMATÓRIO RADICULAR**

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Endodontia.

Orientador^a: Prof^a Esp. Larissa Rebelato Rodrigues Barbosa

Guarulhos
2023

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todas as entidades e divindades pelo dom da vida, pela saúde e forças, que nos momentos mais difíceis não me deixaram cair e desistir do meu propósito.

Agradeço a mim mesma, por levantar todos os dias e emanar que existe, cada dia, uma coisa nova para conquistar e me engrandecer, até mesmo quando eu só quero desistir.

Agradeço aos meus pais, que mesmo longe, sei que estou presente em todas as orações pedindo proteção, força e se orgulhando de cada conquista, por menor que seja.

Agradeço aos meus tios, primos que me acolheram e se tornaram minha família em São Paulo, não me deixando fraquejar, desistir ou me sentir inferior pelas dificuldades do dia a dia. Por dividir o peso da vida, por me suportar até nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus professores, mestres e com muita glória, posso chamá-los de amigos. Obrigada Camila, Daniel, Diego, Fabiano e Larissa por todo o suporte nesses anos.

Obrigada principalmente a minha orientadora, professora Larissa Rebelato por toda paciência e suporte nesses anos. Por todas as explicações, dicas e por todo profissionalismo nesse período.

A todos, minha gratidão eterna por estar me ajudando a ser uma profissional diferenciada no mercado de trabalho.

RESUMO

O sucesso de um tratamento endodôntico se tem pela união de técnicas tradicionais, novas formas de tratamento e um profissional atualizado, onde um diagnóstico de forma micro e macroscópica realizados corretamente indicam qual tratamento mais adequado para o caso em específico. No protocolo cirúrgico da Endodontia, as etapas de instrumentação, irrigação e medicação intracanal são fatores fundamentais para o êxito e sucesso do tratamento. O retratamento endodôntico, é um procedimento que visa superar as falhas do tratamento onde o resultado foi insatisfatório, o mesmo consiste na remoção do material obturador, uma re-instrumentação, uso de soluções de irrigação e medicação intracanal mais potentes para realizar, assim, re-obturação. Levando em consideração o diagnóstico etiológico do insucesso, já que estudos nos dão a diferença de uma microbiota de casos com falha na desinfecção e de casos envolvendo um agente patológico, com predominância de bactérias gram positivas e maior resistência aos agentes microbianos. Casos em que, o retratamento endodôntico convencional não atinja o resultado esperado, devemos levar em conta o auxílio da cirurgia parendodôntica para solução. A cirurgia parendodôntica é um tratamento realizado quando não foi possível a remoção do agente etiológico via conduto ou tecido inflamado periapical promovendo um melhor selamento da porção apical do elemento.

Palavras-Chave: Endodontia, Retratamento Endodôntico, Cirurgia Parendodôntica.

ABSTRACT

The success of an endodontic treatment is due to the union of traditional techniques, new forms of treatment and an up-to-date professional, where a correctly performed micro and macroscopic diagnosis indicates which treatment is most appropriate for the specific case. In the surgical protocol of Endodontics, the stages of instrumentation, irrigation and intracanal medication are fundamental factors for the success of the treatment. Endodontic retreatment is a procedure that aims to overcome the failures of definitive treatment where the result was unsatisfactory, which consists of removing the filling material, re-instrumentation, use of irrigation solutions and more powerful intracanal medication to perform a refilling. Taking into account the etiological diagnosis of failure, since studies show us the difference between the microbiota of cases with disinfection failure and cases involving a pathological agent, with a predominance of gram-positive bacteria and greater resistance to microbial agents. Cases in which conventional endodontic retreatment does not achieve the expected result, we must take into account the aid of endodontic surgery for solution. Parendodontic surgery is a treatment performed when the etiological agent cannot be removed via the tooth or periapical inflamed tissue, promoting a better sealing of the apical portion of the element.

Keywords: Endodontics, Endodontic Retreatment, Endodontic Surgery.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. PROPOSIÇÃO	09
3. RELATO DE CASO.....	10
4. DISCUSSÃO.....	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1. INTRODUÇÃO

O sucesso de todo tratamento endodôntico, está diretamente relacionado a uma eficiente descontaminação dos canais radiculares, canais acessórios, istmos e deltas apicais. Nos tratamentos endodônticos convencionais, realizamos uma série de manobras, visando a sanificação destes canais, através de limpeza e modelagem associadas a uma irrigação constante com substâncias químicas, e de acordo com o diagnóstico inicial, utilizamos uma medicação intracanal, com o objetivo de eliminar a microbiota responsável pela infecção dos canais.

Nos últimos tempos a endodontia evoluiu de forma gradativa com o desenvolvimento, aprimoramento e adoção de novas tecnologias como localizadores foraminais, raio X digital, ultrassom, microscópio clínico, laser terapia e a própria terapia fotodinâmica. Além das limas manuais, podemos encontrar no mercado odontológico, limas rotatórias ou reciprocantes, facilitando o trabalho do profissional, diminuindo o tempo de execução do tratamento e dando mais conforto ao paciente.

Porém, devido à complexidade anatômica de canais radiculares e execução inadequada da técnica endodôntica, nem sempre é possível uma eficiente descontaminação dos canais principais, canais secundários e até mesmo no interior dos túbulos dentinários. Isso contribui para a presença de microrganismos resistentes à sanificação ou até mesmo a medicação intracanal.

Algumas espécies de microrganismos, dentre elas *Enterococcus faecalis* juntamente com *Candida albicans*, são consideradas espécies resistentes nas infecções endodônticas, e identificadas por serem responsáveis em alguns casos, pelo insucesso do tratamento. (Garcez et al., 2010).

Quando há falha de tratamento endodôntico, de ponto de vista clínico e radiográfico, o retratamento de canal convencional será indicado como primeira escolha para melhorar as condições anteriores (Bergenholtz, 1979).

Principalmente em casos onde a obturação foi realizada de forma inadequada, o dente deve responder bem a um tratamento via ortôgrada. Para escolher qual tratamento aplicar, deve-se considerar a situação clínica, a capacitação e experiência do profissional, os riscos de complicações durante o tratamento, o custo e a preferência do paciente. (Kapoor, 2012).

Assim um retratamento não cirúrgico pode ser indicado, quando da falha de um tratamento anterior, juntamente com a existente possibilidade de melhora da desinfecção e selamento do sistema de canais (Ruddle, 2004).

Para obter um sucesso do retratamento endodôntico, a reinstrumentação, o controle microbiano e a obturação completa devem ser feitos com grande cuidado (Gilbert, 1987).

O retratamento endodôntico convencional permite uma taxa de sucesso elevada de aproximadamente 75%, quando bem indicada e bem conduzida (Bergenholtz et al., 1979).

Os cistos periapicais inflamatórios e os cistos residuais são as lesões císticas mais frequentes na odontologia, representando 60% destas. A sua prevalência varia de 7% a 54% das imagens radiolúcidas periapicais. Essa variação está provavelmente relacionada ao rigor dos critérios diagnósticos utilizados nos estudos. Quando adotados critérios rigorosos, a prevalência dos cistos periapicais é de 15% (Neville et al., 2016).

Os cistos periapicais inflamatórios ocorrem em diferentes faixas etárias, sendo mais frequentemente em homens, mais comuns em maxila (60%) do que em mandíbula, e os dentes anteriores são mais afetados do que os posteriores (Prado et al., 2009).

Clinicamente não há sintomatologia, apenas em casos nos quais ocorre agudização do processo inflamatório, ou em cistos de grande proporção. São ocasionalmente descobertos em exames radiográficos de rotina (Lia et al., 2004).

Radiograficamente, apresentam área radiolúcida, circular ou oval, unilocular, com contorno regular, bem definido e corticalizado, localizada no ápice de um dente desvitalizado, observa-se perda da lâmina dura e pode ocorrer reabsorção radicular (Assunção et al., 2013).

2. PROPOSIÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de retratamento endodôntico do Incisivo Central Superior Esquerdo (21) e tratamento endodôntico dos elementos: Incisivo Central Superior Direito (11), Incisivo Lateral Superior Esquerdo (22), Canino Superior Esquerdo (23) e Primeiro Pré Molar Superior Esquerdo (24) com auxílio da cirurgia parendodôntica..

3. RELATO DE CASO

Paciente E.J.T.S, sexo masculino, 44 anos, procurou a instituição com a queixa principal sendo, dor elevada na região do dente 21 e uma tumefação na região de lábio superior até órbita esquerda, sendo apalpado de forma cautelosa, tendo aspecto mais endurecido.

A história pregressa do paciente foi que, há três anos o mesmo procurou um dentista pois sentia muita dor e edema gengival na região do elemento 21, não fez em sessão única, porém finalizou o tratamento em meados de outubro de 2021. Com o tempo de dois a três meses a região começou a apresentar edema e dor violenta. Passou por avaliações em outros consultórios odontológicos, entretanto nenhum profissional realizou qualquer tipo de procedimento ou encaminhamento para o caso, apenas prescrição via oral de antibiótico e anti-inflamatório para reversão de edema extra e intraoral.

Ao exame extraoral, o paciente apresentava edema parcial de face que incluía região de órbita. Ao exame intraoral, apresentava edema de mucosa, na região de fundo de sulco sem ponto de flutuação. Elemento 21 respondia positivo ao teste de percussão horizontal e vertical e negativo ao teste de sensibilidade a frio.

Avaliando a radiografia panorâmica levada e cedida pelo paciente (Figura 1), observamos uma extensa imagem radiolúcida que envolvia também os dentes 11 ao 22, logo optamos inicialmente pelo atendimento de urgência, realizando a desobturação do elemento 21 para promover uma possível drenagem via canal e diminuição do quadro clínico sintomatológico.

Figura 1:



Radiografia panorâmica realizada em 14/01/2022, cedida pelo paciente na primeira consulta, no dia 07/02/2022;

Dente 21 foi acessado com uma broca esférica diamantada HL – Fava nº 1012, sendo seu:

Ponto de Eleição: acima do cíngulo;

Direção de trepanação: perpendicular ao longo eixo do dente;

Forma de Conveniência: triangular com a base para a incisal.

Após o acesso e localização da guta percha (obturação anterior), foi realizado com uma broca diamantada cônica extremidade inativa nº 4083 (Microdonte), para acabamento da forma de convidadas.

Para a desobturação do elemento inicialmente foi usado um jogo de limas para retratamento no sistema rotatório, (Rotary File NiTi – MK Life), sendo que:

No terço cervical foi usado a lima: #30.09 (ponta ativa);

No terço médio foi usado a lima: #25.09 (ponta inativa);

No terço apical foi usado a lima: #25.09 (ponta inativa);

Promovendo a desobturação completa do elemento e confirmou a odontometria com localizador apical foraminal E-Pex Pró (MK Life), em 22 mm, promovendo a patência do elemento, mas não realizando a drenagem via canal.

Elemento 21 foi irrigado de forma abundante com NaClO 2,5% em todas as etapas de desobturação, seco com papel absorvente de acordo com o calibre do conduto radicular, notamos que o conduto não ficou totalmente seco, mas não supurava a ponto de ver melhor sem edema, com isso conversamos entre com a medicação intra canal, com Hidróxido de Calcio Ultracal XS (Ultradent) em seu comprimento de trabalho e potencializamos com a ponta OdusClean em baixa rotação. Além da MIC para descontaminação intracanal, optamos por receitar anti inflamatório e antibiótico para reduzir o quadro agudo intra e extraoral.

Após 7 dias (14/02/2022), o paciente retornou sem melhora e relatando uma sensibilidade muito forte no dente 22. Como na radiografia nós já havíamos verificado que a imagem radiolúcida se estendia para o elemento adjacente, optamos por realizar o tratamento endodôntico do elemento 22 e tentar drenagem via canal já que no elemento 21, não foi obtido sucesso. Foi realizado todo o passo a passo tradicional de uma pulpectomia no elemento 22, porém não obtivemos sucesso na patência para a tentativa de promover a drenagem derivada do elemento 21. Com isso, decidimos que iríamos colocar medicação intracanal (Ultracal XS) no elemento 22 e realizar mais uma troca de medicação intracanal do elemento 21 e solicitar uma tomografia computadorizada da região.

Paciente retornou na instituição um mês depois (14/03/2022) com a tomografia computadorizada para avaliação e realizamos a obturação dos elementos 21 e 22 (Figura 2 e 3), planejamento e orientação do plano de tratamento completo.

Figura 2:



Radiografia periapical inicial dos elementos 21 e 22;

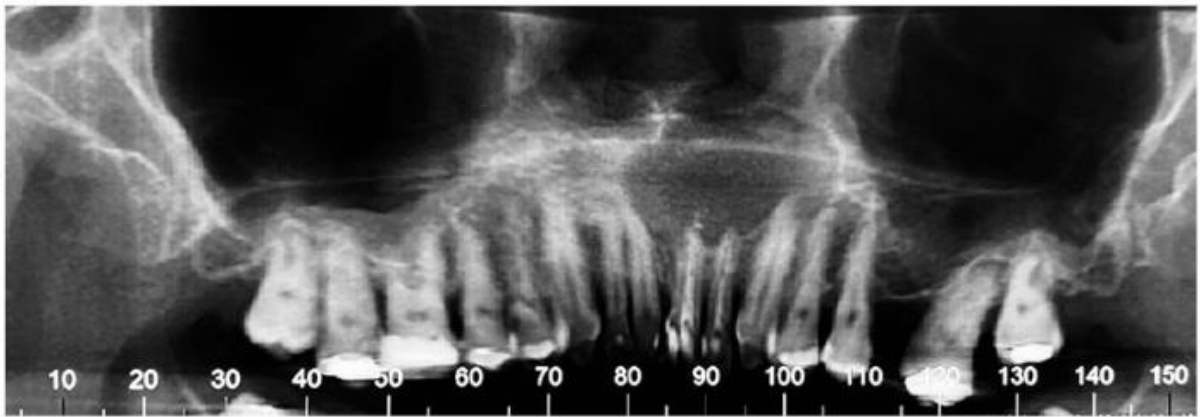
Figura 3:



Radiografia periapical final dos elementos 21 e 22;

Diante do histórico, características clínicas e auxílio de exames de imagem como radiografias periapicais, panorâmica e tomografia computadorizada em feixe cônico (Figura 4, 5 e 6), concluímos o diagnóstico de Cisto Radicular Inflamatório, onde tal alteração comprometeu totalmente a cortical vestibular do processo alveolar (Figura 7) e pontualmente a cortical palatina (Figura 8). Informamos ao paciente que, além de mais tratamentos endodônticos em dentes que aparentemente não havia sintomatologia, ambos polpa viva, teríamos que complementar com uma cirurgia para remoção total da lesão, promovendo uma segurança no tratamento.

Figura 4:



Região de maxila da tomografia computadorizada, localizando imagem hipodensa comprometendo do elemento 11 ao 24.
Exame de imagem realizado em 16/02/2022;

Figura 5:

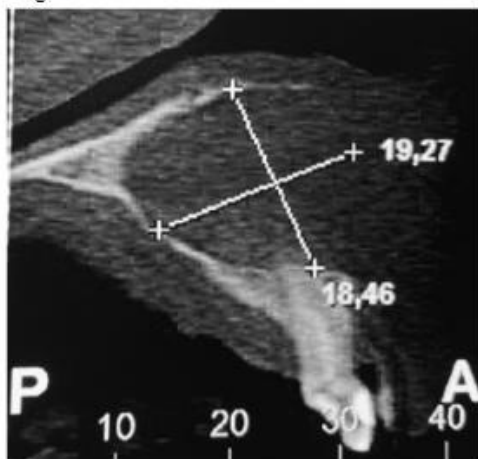


Imagem da tomografia computadorizada nos informando as medidas da imagem hipodensa em corte sagital;

Figura 6:

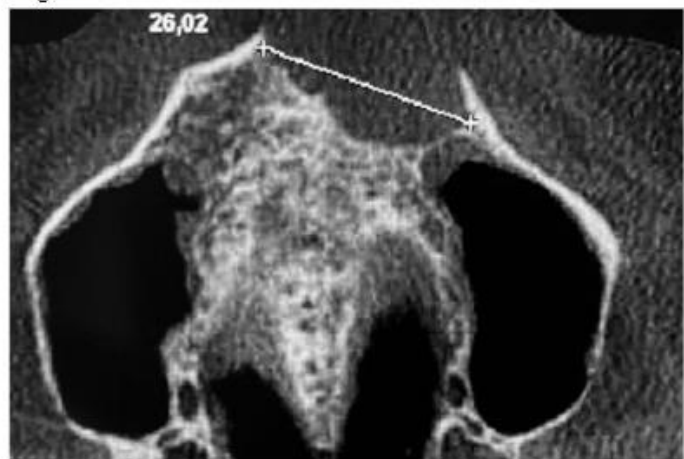


Imagem da tomografia computadorizada nos informando as medidas da imagem hipodensa em corte axial;

Figura 7:

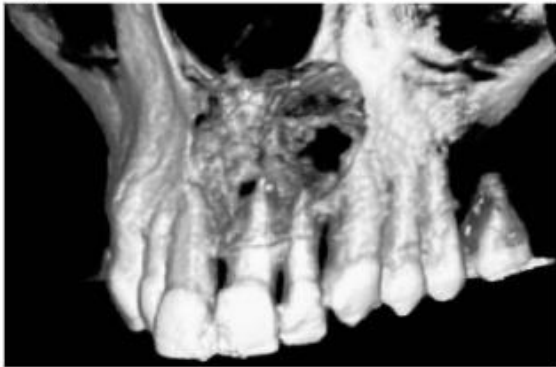


Imagem da tomografia computadorizada nos mostrando o comprometimento total da cortical vestibular;

Figura 8:

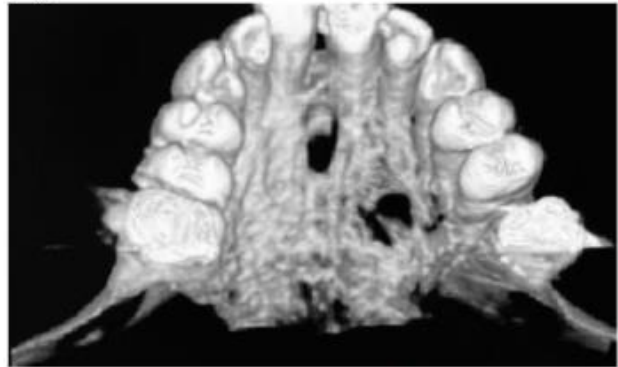


Imagem da tomografia computadorizada nos mostrando o comprometimento parcial da cortical palatino;

Paciente ciente de todo planejamento, demos continuidade nos tratamentos endodônticos dos dentes adjacentes (11, 23 e 24), todos tentando realizar a patência e optamos por sobre obturar para realizar o retro preparo do ápice (corte em 3mm). Conforme fomos realizando os tratamentos, observamos que houve uma melhora no edema intra e extraoral do paciente.

Encaminhamos o caso para o bucomaxilofacial da instituição, visto que era uma lesão extensa, onde foi realizado a cirurgia parendodôntica. A equipe realizou uma profilaxia medicamentosa, aferimos a pressão do paciente e assim preparamos ele para o procedimento, que durou o período da manhã.

Figura 9:



Assepsia da face para isolamento da região e início de procedimento cirúrgico;

Figura 10:



Isolamento da região da face para início de procedimento cirúrgico;

Figura 11:



Anestesia do local com a técnica infiltrativa e complementação com a técnica intraligamentar em região de gengiva vestibular e palatina;

Figura 12:



Incisão da região vestibular mostrando o comprometimento total da cortical vestibular;

Figura 13:



Local após curetagem da lesão e retro preparo dos elementos comprometidos;

Figura 14:



Sutura do local em vários pontos simples;

Paciente ficou de repouso por 10 dias e o pós-operatório foi realizado no 11º dia. Paciente de primeiro momento informou que sentiu muita sensibilidade nos dentes em relação a mobilidade, foi orientado a respeito e sendo acompanhado desde então.

Após 7 meses da data do procedimento cirúrgico, foi solicitado uma nova panorâmica (Figura 15) para visualizar a evolução do tratamento.

Figura 15:



Radiografia panorâmica, realizada em 10/01/2023, sete meses após o procedimento cirúrgico;

4. DISCUSSÃO

Como descrito no relato de caso, foi realizado o diagnóstico de um Cisto Inflamatório Radicular, comprometendo os elementos: 11 (Incisivo Central Superior Direito), 21 (Incisivo Central Superior Esquerdo), 22 (Incisivo Lateral Superior Esquerdo), 23 (Canino Superior Esquerdo), 24 (Primeiro Pré Molar Superior Esquerdo). Houve um comprometimento total da cortical vestibular e parcial palatino. Com isso realizamos o tratamento endodôntico dos elementos: 11, 22, 23 e 24. E retratamento endodôntico do elemento: 21.

Quando há falha de tratamento endodôntico, de ponto de vista clínico e radiográfico, o retratamento de canal convencional será indicado como primeira escolha para melhorar as condições anteriores (Bergenholtz, 1979).

O retratamento endodôntico convencional permite uma taxa de sucesso elevada de aproximadamente 75%, quando bem indicada e bem conduzida (Bergenholtz et al., 1979).

Bramante e Berbert (1990) conceituaram a cirurgia parendodôntica como o procedimento cirúrgico realizado para resolver dificuldades provenientes de um tratamento endodôntico ou não solucionáveis por ele. O sucesso da cirurgia é mais alto quando ela é suplementada pelo retratamento do canal radicular (PURICELLI, 1992; CHANDLER; KOSHY, 2002).

Em um estudo retrospectivo de 392 casos, foram avaliadas as razões clínicas ao se optar por uma apicetomia. Elas foram classificadas como biológicas (35,2%), técnicas (3,3%) ou ambas. Os fatores biológicos mais comuns eram a sintomatologia persistente após a endodontia (54,1%) e a presença de lesão periapical (44,1%). Dos fatores técnicos, 60% eram dentes com coroa e pino e 31% somente coroa (CHANDLER; KOSHY, 2002).

Os cistos periapicais inflamatórios e os cistos residuais são as lesões císticas mais frequentes na odontologia, representando 60% destas. (Neville et al., 2016).

Usualmente, o cisto radicular representa uma lesão assintomática e não demonstra evidências clínicas de sua presença, sendo descoberta através de exame radiográfico de rotina (Shafer, 1987; Araújo, N.V., 1994; Leonardo, 1998; Freitas, 2000; Petterson, 2000; Regezi e Sciubba, 2000; Tommasi, 2002).

Esta infecção bacteriana secundária pode provocar dor espontânea, exsudação e um crescimento rápido da patologia, que são sinais da inflamação aguda nas paredes do cisto. (Leonardo, 1998).

De acordo com Regezi e Sciubba (2000), nos cistos radiculares e residuais tratados adequadamente, geralmente se observa o reparo ósseo.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que, tendo em vista o relato de caso descrito acima, todo e qualquer tratamento precisa de complementação de exames de imagens e auxílios para que possamos realizar e promover o melhor tratamento para nosso paciente de maneira completa de acordo com os diagnósticos e características clínicas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSUNÇÃO C, CARDOSO A, OLIVEIRA JÁ, MOREIRA DR, SOARES SO, FONSECA LC. **Aspectos imaginológicos de um cisto radicular atípico no interior do seio maxilar.** Arquivo Brasileiro de Odontologia. 2013; 9(1).

BERGENHOLTZ, G.; LEKHOLM, U.; MILTHON, R.; HEDEN, G.; ODESJO, B.; ENGSTROM, B. **Retreatment of endodontic fillings.** Scand. J. Dent. Res., Copenhagen, v. 87(3), p. 217-24. Jun, 1979.

BRAMANTE, C. F.; FREITAS, C. V. J. **RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: Estudo comparativo entre técnica manual, ultra-som e Canal Finder.**, Brazilian Oral Research., São Paulo, v. 12, n. 1, Jan. 1998.

BRAMANTE, C.M.; BERBERT, A. **Cirurgia Parendodôntica.** Bauru, 1990. 41p.

CARR, G.B.; BENTKOVER, S.K. **Cirurgia em Endodontia.** In: COHEN, S; BURNS, R.C. Caminhos da Polpa. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. P. 573-621.

CARVALHO, A. C. P. et al. **Avaliação Clínica das Cirurgias Parendodônticas.** R. Assoc. Paul. Cir. Dent. Reg. Araçatuba, Araçatuba, v.2, no.2, p. 33-41, 1981.

CHANDLER, N.P.; KOSHY S. **The Changing Role of the Apicectomy Operation in Dentistry.** J. R. Coll. Surg. Edinb., Edinburgh, v.47, no.5, p. 660-7. Oct. 2002.

LIMA, S. M. F.; REZENDE, T. M. B. **Benefícios de Exames Tomográficos na Endodontia: Revisão de Literatura.** Oral Sci.,v. 3., n. 1., p. 26-31. Jan/Dez. 2011.

LOPES, H. P; SIQUEIRA, J. F. **Endodontia. Biologia e Técnica.** 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEVILLE, et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

OLIVEIRA LD, CARVALHO CA, CARVALHO AS, ALVES JS, VALERA MC, JORGE AO. **Efficacy of endodontic treatment for endotoxin reduction in primarily**

infected root canals and evaluation of cytotoxic effects. J Endod. 2015;38(8):1053-7.

PAVELSKI MD, PORTINHO D, CASAGRANDE-NETO A, GRIZA GL, RIBEIRO RG. **Paraendodontic surgery: case report.** RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2016;64(4):460-6.

SHEAR M, SPEIGHT PM. **Cistos da região bucomaxilofacial.** 4. ed. São Paulo: Santos, 2011.