

## TRATAMENTO ENDODÔNTICO TRANSCIRÚRGICO: OBTURAÇÃO, APICECTOMIA E VEDAMENTO APICAL COM MTA. UMA OPÇÃO PARA CASOS ESPECIAIS

**MEEREIS, Carine Tais Welter<sup>1</sup>; SOUSA, Ezilmara Leonor Rolim de<sup>2</sup>; DAMÉ, José Antônio Mesquita<sup>2</sup>.**

1. *Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia – UFPel.*
2. *Professor adjunto do Departamento de Semiologia e Clínica da Faculdade de Odontologia – UFPel.*

### 1 INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico torna-se necessário quando há inflamação e/ou infecção pulpar. A inflamação ocorre devido à trauma, já a infecção ocorre quando há exposição da polpa aos microorganismos do meio bucal, podendo ser através de cárie ou por fratura dental, sendo que esses micro-organismos, depois de instalados, estendem-se para a região periapical pelos canais radiculares (COHEN e HARGREAVES, 2007).

Muitos estudos relatam a elevada porcentagem de fracassos no tratamento endodôntico, isso ocorre devido a fatores microbianos, morfológicos ou relacionados à técnica. Frente ao insucesso, o retratamento endodôntico é a alternativa de primeira escolha, porém nem sempre resolve devido à microbiota envolvida no retratamento ser diferente daquela encontrada nas infecções primárias, pois ela apresenta resistência ao hidróxido de cálcio, principal medicação utilizada em endodontia (COHEN e HARGREAVES, 2007).

Quando os recursos endodônticos esgotam suas possibilidades, permanecendo sinais e/ou sintomas de uma patologia pulpar, há a indicação da cirurgia paraendodôntica, cujo objetivo é permitir a manutenção do elemento dentário através da remoção do processo patológico perirradicular persistente a fim de dar condições para que o reparo dos tecidos aconteça (COHEN e HARGREAVES, 2007; BRAMANTE e BERBERT, 2007).

Na cirurgia paraendodôntica o tratamento do ápice radicular é crítico para o sucesso geral de um caso, pois a apicectomia, que é a remoção física através da ressecção apical, irá remover os tecidos afetados e estabelecer o acesso ao canal radicular e a obturação retrógrada irá evitar a recontaminação do canal através do selamento apical (COHEN e HARGREAVES, 2007).

Diversos estudos apontam as vantagens do uso do Agregado Trióxido Mineral (MTA) como material retro-obturador, quando comparado a outros materiais. Dentre essas vantagens, podemos citar o menor grau de resposta inflamatória, formação de tecido duro sobre o material, menor infiltração, hidrofília, facilidade de manipulação, entre outras (LEONARDO e LEAL, 1998; BARBOSA et.al, 2007).

Há certo receio em realizar esse procedimento cirúrgico em dentes anteriores, devido a danos estéticos que ele pode causar, por isso é necessário realizar técnicas que visem minimizar possíveis prejuízos estéticos.

Diante disso o presente estudo buscou apresentar o relato de caso de uma cirurgia paraendodôntica em dentes anteriores com apicectomia, obturação simultânea do canal radicular, obturação retrógrada e vedamento apical com MTA.

## 2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

Paciente do sexo feminino, 21 anos, procurou a Faculdade de Odontologia porque apresentava dor nos dentes 11 e 21. E depois de realizado o exame radiográfico foi diagnosticado lesão periapical.

Paciente relata ter sofrido trauma nos dois elementos há cerca de 12 anos e ter realizado tratamento endodôntico na época.

Inicialmente optou-se por realizar o retratamento dos canais radiculares de forma convencional, que obteve resultados positivos para o dente 11, mas fracassou para o dente 21. No dente 11, após doze meses do retratamento endodôntico convencional, observou-se o canal seco e sem apresentar sintomatologia dolorosa, deste modo obturou-se o canal com cones de guta percha e cimento endomethasone. Para o dente 21 o retratamento convencional fracassou, pois após a sua realização, durante dezessete meses, o dente continuou apresentando eventos de processo inflamatório agudo periodicamente, sendo conseguida a estabilização da infecção somente com cobertura antibiótica. Diante disto, e por se tratar de uma infecção persistente, não havendo contra indicação local ou sistêmica, optou-se pela cirurgia paraendodôntica com apicectomia, obturação simultânea do canal radicular e obturação retrograda.

Inicialmente removeu-se a restauração provisória do dente. E após o preparo da mesa cirúrgica, campo operatório e assepsia da paciente foram realizadas anestesia do nervo alveolar superior anterior de ambos os lados e nervo nasopalatino.

A incisão trapezoidal com a lâmina de bisturi incidindo de maneira oblíqua no tecido gengival foi utilizada para levantar o retalho mucoperiotal.

A trepanação na região apical com broca ou qualquer outro instrumento para exposição do ápice radicular não se fez necessário, visto que ao levantar o retalho já era possível observar o tecido de granulação. Isto ocorreu pela ausência do tecido ósseo cortical, o qual foi destruído pelo processo infeccioso presente nesta região.

Logo após, foi feita a curetagem perirradicular para remoção do tecido de granulação.

A ressecção da raiz foi realizada com o auxílio de uma ponta diamantada carbide tronco-cônica em alta rotação, realizando o corte em bisel com abundante irrigação de solução salina estéril.

Em seguida, realizou-se o término do preparo do canal radicular com a remoção da medicação intracanal através da irrigação abundante de solução salina estéril com simultânea aspiração. Por conseguinte, realizou-se a obturação do canal radicular pela técnica de condensação lateral ativa convencional, com remoção do material extravasado apical. Assim, realizou-se a plastia apical, desgastando os ângulos vivos com limas e curetas periodontais sob frequente irrigação conformando a região apical. A seguir, realizou-se uma retrocavidade na guta-percha, utilizando o condensador de Paiva aquecido, proporcionando uma cavidade de 3,00mm de profundidade, aproximadamente, para a retenção do material retrobturador.

Após foi realizada a manipulação segundo as recomendações do fabricante e aplicação do Agregado Trióxido Mineral (MTA – Angelus®, Londrina, Paraná, Brasil) na cavidade apical, remoção dos excessos, indução de sangramento para o material entrar em contato com o sangue e tomar presa.

Realizou-se o posicionamento do retalho e sutura do tipo do tipo simples e em algumas áreas pontos contínuos.

Antes da liberação da paciente foram passadas as instruções e a medicação pós-operatórias.

Em 10 dias foram removidos os pontos e realizou-se a restauração definitiva com resina composta.

Foram realizadas tomadas radiográficas pós-operatórias, para controle e acompanhamento do processo de reparo após 10, 30 e 60 dias e em todas as consultas, nos intervalos de tempo supracitados, a paciente foi submetida a exame clínico. Faz-se necessário uma contínua preservação do caso clínico para avaliação por pelo menos 4 anos.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nas tomadas radiográficas pós-operatórias, para controle e acompanhamento do processo de reparo após 10, 30 e 60 dias observou-se que o halo radiolúcido presente na região periapical foi diminuindo gradativamente no dente 21, indicando que está ocorrendo a neoformação óssea na região sugerindo um possível sucesso do tratamento escolhido.

Nos exames clínicos realizados em todas as consultas, nos intervalos de tempo supracitados, não foi detectado sinais clínicos e sintomas de infecção. O processo de cicatrização ocorreu normalmente e a cirurgia não comprometeu esteticamente o sorriso da paciente, considerando desta forma o sucesso da técnica utilizada.

A indicação correta para a cirurgia paraendodôntica é um passo inicial e fundamental para o sucesso da terapêutica proposta. Verificando-se as indicações propostas na literatura (LEONARDO e LEAL, 1998) o caso clínico apresentado esta de acordo, pois a cirurgia foi realizada devido a permanência da lesão periapical e de sintomatologia após longo período da tentativa de retratamento.

A incisão escolhida foi a trapezoidal para evitar o risco de defeito estético no sorriso da paciente, visto que a mesma possui sorriso considerado alto, deixando aparecer grande parte da gengiva ceratinizada, a qual está presente em larga faixa. Outro cuidado observado durante o procedimento cirúrgico foi a realização da incisão com a lâmina de bisturi incidindo de maneira oblíqua no tecido gengival, o que possui objetivo de diminuir a presença de possíveis cicatrizes, não comprometendo também a estética (BRAMANTE e BERBERT, 2007; DEL RÍO, 1996).

A curetagem perirradicular contribui para a resolução do processo patológico periapical por remover tecido granulomatoso infectado e ainda associada a apicectomia (corte da porção apical) que proporciona a remoção da possível presença de Biofilme periapical aderido a parede extrarradicular na região apical do dente, o que pode ser a razão da manutenção e persistência da infecção como mostrava a contínua sintomatologia da paciente (COHEN e HARGREAVES, 2007; BRAMANTE e BERBERT, 2007).

O êxito da cirurgia paraendodôntica com obturação simultânea do canal radicular e obturação retrógrada depende do acesso cirúrgico, do preparo apical e da escolha do material retrobturador que deve promover o selamento marginal adequado. Vários materiais são estudados na busca de um que preencha os requisitos desejáveis quanto às propriedades físico-químicas e biológicas. Existe um grande número de estudos na literatura comparando o MTA com outros materiais,

demonstrando que ele é superior quanto a perspectiva biológica de regeneração, capacidade de selamento, biocompatibilidade, e ainda a presença de sangue não interfere na polimerização e subsequente infiltração (LEONARDO e LEAL, 1998; BARBOSA ET.al, 2007).

Durante o período de acompanhamento do paciente, não foi observada a presença de fístula, dor e de inflamação tecidual, sendo uma indicativa da eficácia da realização do preparo apical e também que o MTA é biocompatível, não promovendo reação tecidual significativa.

#### **4 CONCLUSÕES**

Após 3 meses da realização do procedimento cirúrgico nesta paciente não foram detectados sinais clínicos de processo infeccioso, bem como prejuízos estéticos e as imagens radiográficas sugerem neoformação de tecido ósseo periapical. Portanto, pode-se indicar o sucesso do tratamento endodôntico transcirúrgico.

#### **5 REFERÊNCIAS**

BRAMANTE, C. M.; BERBERT, A. **Cirurgia paraendodôntica**. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2007.

BARBOSA, A. V. H.; CAZAL, C.; NASCIMENTO, D. C. A.; VALVERDE, D. F. S.; VALVERDE, R. S.; SOBRAL, A. P. V. Propriedades do Cimento Portland e sua utilização na Odontologia: Revisão de literatura. **Pesquisa brasileira odontopediatra clinica integrada**, João Pessoa, v. 7, n.1, 2007.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. **Caminhos da polpa**. São Paulo: Elsevier editora Ltda., 2007.

DEL RÍO, C. E. **Manual de cirurgia paraendodôntica**. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 1996.

LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M.; **Endodontia: Tratamento de canais radiculares**. São Paulo: Médica Panamericana, 1998.