



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CELSO PEREIRA LIMA JUNIOR

RELATO DE CASO CIRURGIA PARENDODONTICA

Londrina
2021

CELSO PEREIRA LIMA JUNIOR

RELATO DE CASO CIRURGIA PARENDODONTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião Dentista

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Souza Ferreira da Silva.

Londrina
2021

CELSO PEREIRA LIMA JUNIOR

RELATO DE CASO CIRURGIA PARENDODONTICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Cirurgião Dentista

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Souza Ferreira
da Silva
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. Murilo Baena Lopes
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, _____ de _____ de _____.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente aos meus pais, que fizeram todos os esforços possíveis para me proporcionar completar essa fase da minha vida, sem o auxílio de vocês eu jamais teria chegado até aqui.

À minha namorada Ana Carolina dos Santos, que durante toda a graduação me apoiou, sempre me auxiliava em minhas angústias e dificuldades, me incentivando nos momentos mais turbulentos da minha vida.

À minha família do Novo Horizonte, por me alegrarem e me proporcionarem momentos incríveis, fazendo com que eu não desanimasse.

À Associação Atlética Acadêmica PIO XII, por ter me ensinado tanto sobre responsabilidade, gerenciamento e pelas reuniões intermináveis.

Aos meus amigos que fiz durante a graduação, em especial a 74S, aprendemos e crescemos muito após o segundo ano, pela amizade, companheirismo e cumplicidade, seria impossível não sentir saudades.

Aos meus amados inscitos, nesse período conturbado de pandemia, vocês conseguiram fazer com que meus dias fossem mais leves.

Aos meus queridos professores que me acompanharam nesses 7 anos dentro da Universidade, em especial, ao meu Professor Orientador, Ronaldo Souza Ferreira da Silva, que me mostrou o quanto a endodontia pode ser maravilhosa e por toda dedicação, conhecimento transmitido e pela paciência para a realização deste trabalho.

Aos funcionários da COU, que sempre auxiliaram para que os atendimentos pudessem ser executados e que sempre tinham histórias incríveis para nos contar.

A todos que contribuíram para minha formação, muito obrigado.

**Dizem que eu não sei como desistir...
Como se isso fosse uma fraqueza. (Xayah)**

Lima Junior CP. **Relato de caso cirurgia parentodôntica.** 2021.22. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021

RESUMO

A cirurgia parentodôntica é um procedimento clínico, utilizado como recurso que visa a resolução de insucessos endodônticos, patologias persistentes e casos onde houve fracasso no retratamento. Sendo assim, em muitos casos é o último recurso para conter a infecção. Este trabalho descreve o caso clínico no dente 24 foi utilizado da cirurgia parentodôntica após o insucesso no tratamento de uma doença periapical. Paciente do sexo feminino 45 anos, xantoderma, procurou tratamento devido a uma ferida que não cicatrizava na gengiva próxima ao ápice do dente 24, sem sintomatologia dolorosa. Durante a anamnese não foi constatado nenhum comprometimento sistêmico. No exame físico foi relatado sintomatologia dolorosa à palpação apical, porém em percussão horizontal e vertical a paciente relatou normalidade, a paciente possuía uma fístula próximo ao ápice dos dentes 24 e 23. Ao teste de sensibilidade pulpar ao frio, obteve resposta negativa. No exame radiográfico, foi detectada lesão radiolúcida circunscrita na região periapical entre os dentes 24 e 23. O tratamento proposto foi tratamento endodôntico em duas sessões, associado a antibioticoterapia sistêmica com Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg durante 07 dias. Após a lesão fistular não regredir foi recomendado a cirurgia parentodôntica, mediante curetagem da lesão e apicectomia do elemento 24.

Palavras chave: Cirurgia Parentodôntica; Retratamento; Lesão Periapical.

Lima Junior CP. **Case report parendodontic surgery.** 2021.22. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2021.

ABSTRACT

Parendodontic surgery is a clinical procedure, used as a resource that aims to resolve endodontic failures, persistent pathologies and cases where there has been failure in retreatment. Therefore, in many cases it is the last resort to contain the infection. This paper describes the clinical case in tooth 24 that was used for parendodontic surgery after the failure to treat a periapical disease. A 45-year-old female patient, xanthoderma, sought treatment due to a wound that did not heal on the gingiva close to the apex of tooth 24, without painful symptoms. During the anamnesis, no systemic impairment was found. On physical examination, painful symptoms on apical palpation were reported, but in horizontal and vertical percussion the patient reported normality, the patient had a fistula close to the apex of teeth 24 and 23. The pulp sensitivity test to the cold showed a negative response. On the radiographic examination, a circumscribed radiolucent lesion was detected in the periapical region between teeth 24 and 23. The proposed treatment was endodontic treatment in two sessions, associated with systemic antibiotic therapy with Amoxicillin 500mg + Potassium Clavulanate 125mg for 07 days. After the fistular lesion did not regress, parendodontic surgery was recommended, using curettage of the lesion and apicectomy of the element 24.

Keywords: Parendodontic Surgery; Retreatment; Periapical injury.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia inicial do elemento 24	11
Figura 2 – Obturação do canal radicular	12
Figura 3 – Aspecto inicial	13
Figura 4 – Incisão e confecção do retalho de Neuman	13
Figura 5 – Descolamento do retalho.....	13
Figura 6 – Debridamento e curetagem da lesão	14
Figura 7 – Aspecto da loja cirúrgica após a apicectomia.....	14
Figura 8 – Inserção de MTA Fillapex no ápice radicular.....	14
Figura 9 – Aspecto Final da loja cirúrgica.....	15
Figura 10 –Sutura.....	15
Figura 11 –Aplicação do cimento cirúrgico sem Eugenol, Pericem	16
Figura 12 –Imagem radiográfica após o procedimento cirúrgico	16
Figura 13 –Aspecto radiográfico pós-cirúrgico de 11 meses.....	17

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	RELATO DE CASO CLÍNICO	10
3	DISCUSSÃO	17
3.1	CIRURGIA PARENDODÔNTICA	17
4	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico tem como objetivo criar condições para que não haja proliferação bacteriana no sistema de canais radiculares e região apical, através do preparo químico-mecânico juntamente à medicação intracanal, obturação de todo o sistema de canais radiculares, impedindo que microrganismos e/ou endotoxinas atinjam tecidos apicais e periapicais.

Mesmo com a evolução tecnológica, científica da Endodontia e crescente aumento do sucesso nos procedimentos endodônticos, ainda existem casos em que há insucesso clínico e/ou radiográfico durante o tratamento primário ou secundário, devido a vários fatores dentre eles estão iatrogenias, falta de conhecimento anatômico, erros no processamento radiográfico, pouca experiência e habilidade do profissional.

Em casos onde há insucesso no tratamento endodôntico, existe a possibilidade de retratamento endodôntico, a cirurgia parendodôntica ou cirurgia periradicular é indicada em casos de infecções periapicais persistentes, canais radiculares calcificados onde o acesso via câmara pulpar é impossibilitado, fratura de instrumentos no canal radicular e outras ocorrências onde o tratamento endodôntico convencional não teria recursos técnicos para levar o caso ao sucesso¹⁰.

Este trabalho apresenta um caso com presença de lesão periapical extensa, onde mesmo após o tratamento endodôntico convencional a infecção periapical não foi solucionada, sendo necessária a cirurgia parendodôntica para solucionar o caso.

O objetivo deste trabalho descrever um caso clínico de tratamento de uma lesão periapical através de endodontia do dente primeiro pré molar superior esquerdo (elemento 24), seguido de cirurgia parendodôntica utilizando a apicectomia e curetagem apical.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente D.K.O.L., 43 anos, sexo feminino, xantoderma, compareceu a Clínica Odontológica Universitária da Universidade Estadual de Londrina, Londrina-PR, tendo como queixa principal uma ferida na gengiva que não cicatrizava. Na anamnese não foi constatado nenhum comprometimento sistêmico. No exame físico foi observado a presença de uma fístula na região apical entre os dentes 24 e 23, não foi relatado ou observado mobilidade ou alteração na coloração dentária. Nos testes de percussão vertical, horizontal e sensibilidade pulpar ao frio foi relatado normalidade. No teste de

palpação apical, a paciente relatou sintomatologia dolorosa. Foram executadas radiografias periapicais afim de encontrar um diagnóstico mais assertivo e verificada lesão radiolúcida na região periapical do dente 24 (Figura 1). A hipótese diagnóstica foi a de Necrose pulpar.



Figura 1 - Radiografia inicial do elemento 24.

O tratamento proposto foi o tratamento endodôntico feito em duas sessões. Na primeira sessão do tratamento foi realizado Anestesia, abertura coronária do dente 24, isolamento absoluto do campo operatório e remoção do teto pulpar. Após este procedimento, o canal foi irrigado com hipoclorito de sódio (NaClO) 1%. Instrumentação do canal radicular pela técnica regressiva. Após a odontometria, foi encontrado o comprimento real de trabalho de 15mm, o batente apical foi confeccionado pela técnica seriada clássica até a lima 35, foi utilizado pasta de Hidróxido de Calcio como curativo de demora, e restauração provisória com Cimento de Ionômero de vidro. Na segunda sessão, após 14 dias, foi realizada uma nova medicação intracanal e prescrição de antibiótico sistêmico Amoxicilina 500mg + Clavulanato de Potássio 125mg durante 07

dias. Após 14 dias a fístula da paciente não regrediu e foi marcada a cirurgia para apicectomia da paciente. Um dia antes a cirurgia pararendodôntica foi realizada a obturação dos canais radiculares do dente 24 (Figura 2).

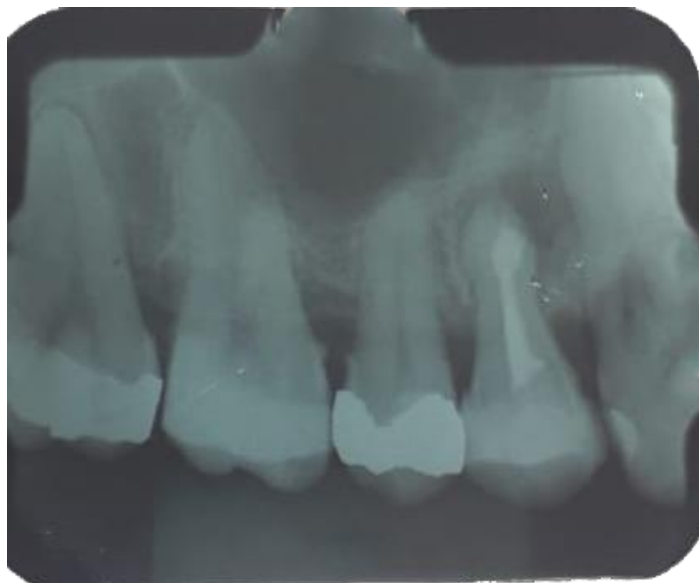


Figura 2 – Obturação do canal radicular.

A cirurgia foi realizada no centro cirúrgico da Clínica Odontológica Universitária da UEL. Foi realizada a antisepsia extraoral com Iodopovidona e intra oral com bochecho de Digluconato de Clorexidina 0,12% durante 1 minuto (Figura 3). Foi realizada anestesia do Nervo Alveolar Superior Médio e Nervo Palatino com mepivacaína, incisão com lâmina 15 (Figura 4), descolamento do retalho pela técnica de Neuman ou Retangular (Figura 4 e 5) e curetagem para remoção da lesão (Figura 6). Após a limpeza da região (Figura 7), foi realizada a apicectomia com auxílio de peça reta. Foi colocado MTA-Fillapex no ápice das duas raízes (Figura 8 e 9) afim de obter melhor regeneração tecidual, sutura simples (Figura 10) e utilização de cimento cirúrgico Pericem tendo cicatrização por segunda intenção (Figura 11) Por fim foi prescrito analgésico e executado exame radiográfico (Figura 12). A preservação do tratamento foi realizada após 11 meses através do exame radiográfico para acompanhamento e avaliação do caso (Figura 13). Onde se observou regressão da região radiolúcida.



Figura 3 – Aspecto inicial.



Figura 4 – Incisão e confecção do retalho de Neuman.



Figura 5 – Descolamento do retalho.



Figura 6 – Debridamento e curetagem da lesão.



Figura 7 – Aspecto da loja cirúrgica após a apicectomia.



Figura 8 – Inserção de MTA Fillapex no ápice radicular.



Figura 9 – Aspecto final da loja cirúrgica.



Figura 10 – Sutura.



Figura 11 – Aplicação do cimento cirúrgico sem Eugenol, Pericem.



Figura 12 – Imagem radiográfica após o procedimento cirúrgico.



Figura 13 – Aspecto radiográfico pós-cirúrgico de 11 meses.

3 DISCUSSÃO

O constante avanço científico e tecnológico na área da endodontia não eliminam todos os fatores que podem levar a falhas no tratamento, podendo ser devido a processos anatômicos dos condutos radiculares, iatrogenias causadas por variadas formas de complicações e resistência bacteriana frente aos medicamentos intracanaís⁵.

Para determinar qual técnica se deve utilizar para realização do tratamento endodôntico é necessário considerar alguns fatores, como o grau de dificuldade técnica do caso, o estado da saúde sistêmica do paciente e a habilidade do profissional³.

Neste caso, mesmo após ao preparo químico-mecânico, curativo de demora e utilização de antibioticoterapia sistêmica, a lesão periapical não regrediu, desta forma a cirurgia parendodôntica foi a opção de escolha de tratamento sendo utilizada como último recurso para solução do caso⁴.

Dentre os variados retalhos que poderiam ter sido utilizados na cirurgia parendodôntica, no caso foi utilizado o de Neuman ou Retangular, devido as seguintes vantagens: total acesso e visibilidade, menor sangramento e bom suprimento sanguíneo na borda livre do retalho.

3.1 – CIRURGIA PARENDODÔNTICA A cirurgia parendodôntica tem como finalidade a resolução da doença periapical onde o tratamento endodôntico convencional não foi ou não seria capaz de solucionar e remover a contaminação bacteriana dos tecidos apicais e periapicais, sendo possível a promoção da regeneração tecidual.

Ela é indicada em casos que as periapicopatias não respondam mesmo após a boa obturação dos condutos radiculares, lesões extensas que não responderam ao tratamento endodôntico, canais calcificados, situações de iatrogenia² como, extravasamento de cimento ou cone de gutapercha na região periapical, perfurações apicais, falha do tratamento convencional, casos onde há anomalias anatômicas impedem o tratamento radicular e em casos onde o retratamento endodôntico é inviável.

Suas contraindicações podem ser locais ou gerais. As contra indicações locais são as que se aplicam em casos em que há processos patológicos periodontais severos, processos patológicos em fase aguda, dentes que há a possibilidade de retratamento dos condutos radiculares e dentes que não tem mais condições de serem restaurados. As contra indicações gerais estão relacionadas ao estado de saúde sistêmica do paciente e seu grau de comprometimento.

Dentro da cirurgia parendodôntica, deve se sempre atentar as modalidades e opções afim de conseguir o melhor resultado e sanar as lesões, uma dessas opções é a forma de retalho, sendo os mais comuns os retalhos de Neuman, Angulado e Oschebein-Luebke.

O retalho de Neuman, ou retangular tem como vantagens: total acesso e visibilidade, menor sangramento e bom suprimento sanguíneo na borda livre do retalho, tendo como sua principal desvantagem uma possível retração gengival, sendo assim contra indicada em pacientes que utilizem próteses fixas.

O retalho Angulado ou triangular que possui vantagens e desvantagens semelhantes a do retalho de Neuman, porém neste tipo de retalho só é feito uma incisão vertical, enquanto no retalho de Neuman são duas.

O retalho Oschebein-Luebke ou Submarginal retangular possui vantagens muito próximas dos retalhos citados anteriormente, entretanto sua principal vantagem é a de manter a gengiva marginal intocada, sendo mais indicada em casos onde o paciente possui próteses fixas, tendo como desvantagem a impossibilidade de ser realizada em pacientes que possuem bolsas periodontais ou uma faixa de gengiva inserida muito estreita.

As modalidades cirúrgicas são variadas afim de poder solucionar as dificuldades, as diversas periapicopatias e as características anatômicas dos casos. Sendo as mais comuns a curetagem com alisamento ou plastia apical, apicectomia e apicectomia com obturação retrógrada

A curetagem com alisamento apical é um procedimento que tem por definição a

remoção do tecido patológico por via cirúrgica em uma lesão apical a qual o dente não respondeu ao tratamento radicular, utilizando também do alisamento apical afim de remover o cemento da região apical, pois este encontra-se infectado pelas bactérias causadoras da lesão. O alisamento periapical é feito com brocas troncocônicas de aço ou diamantadas em uma peça reta no motor de baixa rotação. Esta modalidade é indicada em casos onde o canal radicular está bem obturado e as lesões periapicais persistem, lesões extensas ou de médio porte que não respondem ao tratamento endodôntico e em casos onde a imagem radiográfica seja sugestiva de cisto periapical. Não sendo indicada em casos onde durante a cirurgia, for observado que a obturação dos condutos não foi satisfatória. Sua sequência operatória segue a seguinte ordem: Anestesia, incisão, divulsão, osteotomia, curetagem, alisamento apical, verificação da qualidade do selamento apical, radiografia final e sutura¹.

A apicectomia⁸ é o procedimento que visa a remoção cirúrgica da porção apical de um dente, sempre acompanhada de curetagem do tecido patológico e alisamento da extremidade da raiz. Esta técnica deve ser realizada após a obturação dos condutos radiculares. Ela é indicada em casos de perfurações apicais, fratura de limas endodônticas no terço apical, degraus resultantes de falha na instrumentação, reabsorções apicais extensas, fraturas radiculares na região apical, curvaturas severas no ápice dental e sintomatologia dolorosa mesmo após a utilização de medicação sistêmica¹. A modalidade da apicectomia é lançada quando o retratamento endodôntico foi mal sucedido ou em casos onde o retratamento é impossibilitado. Suas contra indicações são em casos em que os fatores determinantes para a apicectomia estejam situados no terço médio ou cervical das raízes. A apicectomia propriamente dita é realizada com brocas troncocônicas seccionando o ápice perpendicularmente ao longo eixo do dente. Sua sequência operatória segue a seguinte ordem: Anestesia, incisão, divulsão, osteotomia, curetagem, corte do ápice radicular, verificação da qualidade do selamento apical, alisamento radicular, radiografia final e sutura¹

A apicectomia com obturação retrograda¹¹ é a modalidade mais difundida onde assim como na apicectomia é removida cirurgicamente a porção apical de um dente, nela há uma maior garantia da vedação apical. É indicado em casos onde é necessário a desinfecção dos condutos radiculares, presença de lesão apical crônica em dentes com trabalhos protéticos. Sua sequência operatória segue a seguinte ordem: Anestesia, incisão, divulsão, osteotomia, curetagem, corte do ápice radicular, alisamento radicular, preparo da cavidade apical, secagem da cavidade, selamento, radiografia final e sutura¹.

No caso relatado houve a tentativa de tratamento endodôntico convencional, que mesmo após a instrumentação dos canais radiculares, medicação intracanal e antibiótico terapia sistêmica não foi capaz de resolver a infecção bacteriana periapical, sendo necessária a remoção da lesão por meio da apicectomia, juntamente a curetagem da região.

O procedimento executado está de acordo com as recomendações de Kuga⁶ e Rud⁷ et al., sobre realizar a cirurgia parendodôntica somente após a obturação dos condutos radiculares.

4 CONCLUSÃO

Mesmo com a utilização de antibioticoterapia sistêmica, algumas lesões periapicais não regridem. Neste caso a cirurgia parendodôntica foi a opção de escolha do tratamento sendo utilizada como último recurso para solução do caso.

A técnica da cirurgia parendodôntica, quando associada a remoção do tecido periapical e do osso infectados permitem o estabelecimento de condições favoráveis para a neoformação óssea, está sendo auxiliada pelo MTA inserido no ápice das raízes.

REFERÊNCIAS

- 1 - Leonardo MR, Leal JM. Endodontia: **tratamento de canais radiculares**. 3a ed. São Paulo: Panamericana; 1998.
- 2 - ALMEIDA FILHO, Joel; ALMEIDA, Gustavo Moreira de; MARQUES, Eduardo Fernandes; BRAMANTE, Clóvis Monteiro. **Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso**. Oral Sci, v. 3, n. 1, p. 21-25, jan-dez, 2011.
- 3 - COHEN, Stephen; HARGREAVES, Kenneth M. **Caminhos da Polpa**. 9ª edição. São Paulo, editora Elsevier, 2007.
- 4 - GOES, Daniele Maria dos Santos. **Tratamento endodôntico associado à apicectomia para resolução de periapicopatia: relato de caso clínico**. 2018. 24. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.
- 5 - **Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico**. Letícia Marchetti LODI, Sheila POLETO, Renata Grazziotin SOARES, Luis Eduardo Duarte IRALA, Alexandre Azevedo SALLES, Orlando LIMONGI RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia 2008, 5(2).
- 6 – KUGA, CM, et al. **Cirurgia paraendodôntica com obturação simultânea dos canais radiculares**. R Assoc Paul Cir Dent 1992;46:
- 7 - RUD, J; ANDREASEN, JO; JENSEN, J.E. **Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery**. Int J Oral Surg. n. 1, p. 195-214, 1972.
- 8 – BRAMANTE CM, Berbert A. **Cirurgia paraendodôntica/Parendodontic surgery**. São Paulo, Santos, 2000. 131p.
- 9 – DANIN J, Linder LE, Lundqvist G, Ohlsson L, Ramsköld LO, Strömberg T. **Outcomes of periradicular surgery in cases with apical pathosis and untreated canals**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999.
- 10 - LEWIS RD, Block RM. **Management of endodontic failures**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1988.
- 11 - AZAMBUJA, Taís Weber Furlaneto de; Bercini, Francesca; Alano, Fernando. **Cirurgia paraendodôntica: revisão da literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos**. R. Fac. Odontol. Porto Alegre, Porto Alegre, v. 47, n.1, p. 24-29, abr. 2006.