



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CECÍLIA VALESTI OLIVEIRA

**APICECTOMIA E ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA PARA
DIAGNÓSTICO FINAL DE LESÃO PERIAPICAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Londrina
2022

CECÍLIA VALESTI OLIVEIRA

**APICECTOMIA E ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA PARA
DIAGNÓSTICO FINAL DE LESÃO PERIAPICAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Estadual de Londrina - UEL, como
requisito parcial para a obtenção do título de
Cirurgiã Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Souza Ferreira
Silva

Londrina
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

C388a Oliveira, Cecília Valesti.
APICECTOMIA E ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO FINAL DE LESÃO PERIAPICAL / Cecília Valesti Oliveira. - Londrina, 2022.
29 f. : il.

Orientador: Ronaldo Sousa Ferreira Silva.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Graduação em Odontologia, 2022.

Inclui bibliografia.

1. Cirurgia de Apicectomia - TCC. 2. Cisto Odontogênico Calcificante - TCC. I. Sousa Ferreira Silva, Ronaldo. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Odontologia. III. Título.

CDU 616.31

CECÍLIA VALESTI OLIVEIRA

**APICECTOMIA E ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA PARA
DIAGNÓSTICO FINAL DE LESÃO PERIAPICAL:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade Estadual de
Londrina - UEL, como requisito parcial para a
obtenção do título de Cirurgiã Dentista.

BANCA EXAMINADORA

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

Prof. Dr. Victor Hugo Brochado
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 09 de Junho de 2022.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à toda minha família, especialmente aos meus pais, Neusa e Luis Gustavo, que não mediram esforços para que eu pudesse realizar minha graduação com o máximo de conforto e aproveitamento possível, e que sempre fizeram questão de me ensinar que o conhecimento é a coisa mais importante de nossas vidas.

Segundamente à todas as amizades e vínculos que criei dentro da graduação, que sempre permaneceram por perto e deixaram esses anos muito mais leves. Principalmente à minha dupla, Brenda, que além de dupla durante as clínicas, foi minha dupla fora da graduação também.

Ao Prof. Ronaldo, meu orientador, que sempre fez questão de deixar essa última etapa muito mais leve e tranquila, e se disponibilizou a me ajudar.

Ao meu namorado, à minha amiga Maria Eduarda, à minha psicóloga Tatiane e ao projeto de extensão Sensibilizart.

E por fim á todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, para que eu me tornasse uma profissional da saúde ética e humanizada.

RESUMO

OLIVEIRA, Cecília Valesti. **APICECTOMIA E ANÁLISE HISTOPATOLÓGICA PARA DIAGNÓSTICO FINAL DE LESÃO PERIAPICAL**: relato de caso clínico. 2022. Número total de folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2022.

A cirurgia de apicectomia é um tipo de cirurgia parodontológica, que consiste na exposição dos tecidos que envolvem o ápice radicular na tentativa de remover a causa responsável pela persistência de uma lesão periapical crônica. O objetivo do trabalho é relatar um caso clínico atendido no ano de 2019. Paciente foi encaminhado à Clínica Odontológica Universitária da UEL para avaliação de lesão periapical aparente radiograficamente no dente 12. Ao exame físico, o teste de vitalidade resultou negativo, durante a percussão vertical o paciente relatou sintomatologia dolorosa. Radiograficamente, foi observada uma lesão envolvendo os dentes 11 e 12 na região periapical, sugestiva de cisto periapical. Para o caso, foi realizado o tratamento endodôntico de ambos os dentes. Durante as trocas de curativo, o dente 12 persistia com uma secreção purulenta, portanto foi indicada a cirurgia de apicectomia, e o exame histopatológico revelou o diagnóstico de cisto odontogênico calcificante. O cisto odontogênico calcificante é um cisto raro na cavidade oral, e possui apresentação histopatológica e origem diversa do cisto periapical. Conclui-se que é de extrema importância a indicação correta das técnicas cirúrgicas e que o diagnóstico final das lesões que envolvem o ápice radicular só será possível com o exame histopatológico.

Palavras-chave: Apicectomia; Cisto odontogênico calcificante; Cisto radicular.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Cecilia Valesti. **APICECTOMY AND HISTOPATHOLOGICAL ANALYSIS FOR FINAL DIAGNOSIS OF PERIAPICAL LESION:** a case report. 2022. Total number of sheets. Course Completion Work (Dentistry) – Health Sciences Center, State University of Londrina, Londrina, 2022.

Apicoectomy surgery is a type of endodontic surgery, which consists of exposing the tissues surrounding the root apex to remove the cause responsible for the persistence of a chronic periapical lesion. The objective of this study is to report a clinical case seen in 2019. The patient was referred to the University Dental Clinic of UEL for evaluation of a radiographically apparent periapical lesion on tooth 12. On physical examination, the vitality test was negative and during vertical percussion the patient reported painful symptoms. Radiographically, a lesion was observed involving teeth 11 and 12 in the periapical region, suggestive of a periapical cyst. In this case, endodontic treatment was performed on both teeth. During dressing changes, tooth 12 persisted with a purulent secretion, therefore apicoectomy surgery was indicated, and the histopathological examination revealed the diagnosis of calcifying odontogenic cyst. The calcifying odontogenic cyst is a rare cyst in the oral cavity, and its histopathological presentation and origin are different from the periapical cyst. It is concluded that the correct indication of surgical techniques is extremely important and that the final diagnosis of lesions involving the root apex will only be possible with histopathological examination.

Key-words: Apicoectomy; Calcifying odontogenic cyst; Root cyst

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Radiografia inicial dos elementos 11 e 12.....	13
Figura 2 – Odontometria elemento 12.....	14
Figura 3 – Odontometria elemento 11.....	14
Figura 4 – Aspecto radiográfico imediato após obturação.....	14
Figura 5 – Retalho do tipo Wssmund.....	15
Figura 6 – Osteotomia.....	16
Figura 7 – Debridamento da lesão.....	16
Figura 8 – Debridamento da lesão.....	16
Figura 9 – Aspecto da lesão e lâmina de bisturi.....	16
Figura 10 –Apicectomia.....	17
Figura 11 –Aspecto final.....	17
Figura 12 –Aspecto final.....	17
Figura 13 –Pós-operatório de 1 semana.....	18
Figura 14 –Pós-operatório de 1 semana.....	18
Figura 15 –Radiografia do pós-operatório de 12 meses.....	18
Figura 16 –Imagem histológica aumento de 40x.....	21
Figura 17 –Imagem histológica aumento de 100x.....	21
Figura 18 –Imagem histológica aumento de 400x.....	21

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UEL	Universidade Estadual de Londrina
PVPI	Iodopovidona
PO	Pós-operatório

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	RELATO DE CASO	13
3	DISCUSSÃO	19
3.1	DIAGNÓSTICO DE LESÕES PERIAPICAIS	19
3.1.1	Cisto Periapical	20
3.1.2	Cisto Odontogênico Calcificante	20
3.1.3	Diagnóstico do caso clínico	22
3.2	INSUCESSO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22
3.2.1	Preparo Biomecânico e Anatomia dos Canais Radiculares	22
3.2.2	Irrigação	23
3.2.3	Curativo de Demora – Hidróxido de Cálcio	23
3.3	CIRURGIA PARENDODÔNTICA	24
3.3.1	Apicectomia.....	24
3.3.2	Indicações	25
3.3.3	Contraindicações.....	25
4	CONCLUSÃO	27
5	REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

A endodontia é a área da Odontologia direcionada ao diagnóstico, à prevenção e ao tratamento de doenças pulpares e tecidos periapicais (BRAMANTE *et al.*, 2004). O tratamento endodôntico consiste em uma combinação de procedimentos mecânicos e químicos, nos quais, após o preparo biomecânico do canal, e a remoção do tecido pulpar e do eventual conteúdo séptico presente, o mesmo estará apto a receber um material biocompatível para seu selamento, de maneira mais hermética possível. Com isso, objetiva-se o restabelecimento da saúde dos tecidos perirradiculares. (CHANDRA, 2009)

Na ocorrência de necrose pulpar, a evolução deste processo pode levar a formação de um cisto periapical, definido como uma cavidade patológica revestida por epitélio, de origem odontogênica, que pode conter fluido ou restos celulares (PEREIRA, 2013). Apresenta-se radiograficamente como uma imagem radiolúcida, unilocular, circunscrita por fina linha radiopaca bem definida e com perda da lâmina dura na região periapical (PEREIRA; MILAGRES; ANDRADE, 2012). O tratamento para este tipo de lesão vai desde o tratamento endodôntico isolado, à necessidade de enucleação e/ou cirurgia parendodôntica associada.

A cirurgia parendodôntica é realizada nos casos em que há infiltração de microorganismos nos tecidos apicais e periapicais, quando o tratamento endodôntico convencional não tem êxito e não é capaz de selar hermeticamente os canais radiculares, não permitindo a regressão total da lesão periapical.

O insucesso do tratamento pode ser advindo de diversos fatores como: preparo radicular incorreto, obliteração incompleta do canal, perfuração da raiz, reabsorção radicular, fratura de instrumentais, calcificação radicular, anormalidades anatômicas, baixa qualidade da restauração causando infiltração, etc (LUCKMAN; DORNELLES; GRANDO, 2013).

Existem diferentes tipos de técnicas de cirurgia parendodôntica; todas com a finalidade de resolução de dificuldades, acidentes e complicações da endodontia convencional. Elas podem ser: curetagem com alisamento apical, apicectomia, apicectomia com retrobturação, apicectomia com retroinstrumentação e retrobturação e obturação do canal simultânea ao ato cirúrgico (ORSO; SANT'ANA, 2006).

A cirurgia de apicectomia é indicada quando o exsudato inflamatório não regride e a lesão periapical persiste ou agudece após o tratamento ou quando

acidentes inflamatórios não podem ser acessados via canal radicular devido a inacessibilidade.

Ela consiste na exposição dos tecidos que envolvem o ápice radicular na tentativa de remover a causa responsável pela persistência de uma lesão periapical crônica. O procedimento cirúrgico se baseia-se na curetagem do cisto periapical e na apicectomia propriamente dita, de 3mm do ápice dental (SETTE-DIAS; MALTOS; AGUIAR, 2010).

O presente trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de apicectomia atendido na Clínica Odontológica Universitária da UEL no ano de 2019.

2 RELATO DE CASO

Paciente G.B.N, sexo masculino, 46 anos de idade, foi encaminhado à Clínica Odontológica Universitária da UEL para avaliação de lesão periapical aparente radiograficamente no dente 12. Durante a anamnese o paciente não relatou nada digno de nota que pudesse influenciar no plano de tratamento.

No exame físico extrabucal, não foi possível observar nenhuma alteração, assimetria facial ou edema sugestivo de inflamação. No exame físico intrabucal, foi realizado teste de vitalidade no dente 12, que resultou negativo, como esperado e durante a semiotécnica de percussão vertical, o paciente relatou sintomatologia dolorosa. Radiograficamente foi observada uma lesão radiolúcida, circunscrita por um halo radiopaco, unilocular envolvendo os dentes 11 e 12 na região periapical, sugestiva de cisto periapical.



Fig 1: Radiografia inicial elementos 11 e 12

Como plano de tratamento, foi proposto o tratamento endodôntico em duas sessões com uso de curativo de demora à base de hidróxido de cálcio para ambos os dentes em questão.



Fig 2: Odontometria elemento 12



Fig 3: Odontometria elemento 11

Na realização do preparo biomecânico do canal do dente 12 foi observada uma secreção purulenta que era drenada pelo próprio canal, com isso, foi colocado um curativo de demora à base de hidróxido de cálcio. Contudo, durante os novos procedimentos operatórios com trocas do curativo de demora, a drenagem dessa secreção persistia.

Devido ao insucesso das trocas com curativo de demora à base de hidróxido de cálcio na tentativa de interromper a drenagem e a persistência do sintoma, foi proposto o selamento dos canais, seguido da realização de cirurgia paraendodôntica, através da curetagem da lesão e apicetomia dos elementos dentais em questão.

Foi então realizada uma obturação através da técnica convencional de condensação lateral ativa e selamento provisório com ionômero de vidro.



Fig 4: Aspecto radiográfico imediato após obturação

Após o tratamento endodôntico, o paciente foi encaminhado para a cirurgia paraendodôntica dos dentes 11 e 12 no mesmo dia e a cirurgia foi realizada após três dias.

Para início do procedimento cirúrgico, foi feita a antissepsia intra-oral com digluconato de clorexidina 0,12%, bochecho de um minuto a fim de reduzir a carga microbiana durante o ato cirúrgico e antissepsia extra-oral com PVPI.

Foram realizadas anestésias de bloqueio dos nervos alveolar superior anterior e nasopalatino, incisão trapezoidal e deslocamento de retalho do tipo Wassmund e osteotomia com brocas esféricas multilaminadas para acesso à região da lesão. Nesse momento, foi possível observar o tecido cístico abrangendo apenas a região apical do dente 12, que foi curetado para posterior análise histopatológica.

Após a curetagem da lesão, foi feita a apicectomia no dente em questão, previamente tratado endodonticamente.

A loja cirúrgica foi limpa por meio de irrigação com soro fisiológico e recoberta com suturas simples do retalho. Foram prescritos analgésico para alívio da dor pós-operatória e antibiótico para qualquer eventual infecção.



Fig 5: Retalho do tipo Wassmund



Fig 6: Osteotomia



Fig 7 e 8: Debridamento da lesão



Fig 9: Aspecto da lesão e lâmina de bisturi



Fig 10: Apicectomia



Fig 11 e 12: Aspecto final

O material coletado foi encaminhado à análise histopatológica, que revelou o diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante.

O paciente retornou ao atendimento odontológico uma semana após a cirurgia para remoção das suturas e acompanhamento da cicatrização, e depois de 1 ano para acompanhamento do reparo ósseo e do tratamento realizado.



Fig 13 e 14: PO de 1 semana



Fig 15: Radiografia do PO de 12 meses

DISCUSSÃO

As fases do tratamento endodôntico são interdependentes, isso significa que todas elas têm sua relevância quando executadas isoladamente e sequencialmente. Durante o tratamento endodôntico, é necessário que cada uma dessas etapas seja realizada de forma minuciosa para que a etapa seguinte possa ser feita com segurança. Muitos fatores podem influenciar no tratamento endodôntico até que sejam tomadas decisões mais invasivas.

Antes do tratamento propriamente dito, é necessário o processo diagnóstico, baseado na coleta de dados clínicos e radiográficos, para elaboração de um plano de tratamento. Após executado, o diagnóstico final de lesões periapicais, é dado pelo exame histopatológico.

2.1 DIAGNÓSTICO DE LESÕES PERIAPICAIS

As lesões periapicais são mais comumente de origem endodôntica e relacionadas à infecção pulpar. A maioria das lesões de origem endodôntica pode ser classificada como granuloma periapical ou cisto periapical. A determinação da natureza dos cistos é de grande importância. A diferença no prognóstico e tratamento das lesões periapicais que não respondem ao tratamento endodôntico, tem gerado controvérsia quanto à possibilidade de submeter espécimes periapicais para exame histopatológico (KARAMIFAR; TONDARI, 2020).

O estudo de Igor Tsesis e seus colaboradores indica que a acurácia diagnóstica para o diagnóstico clínico de cistos radiculares foi de 91,84%. Outros estudos de biópsias periapicais sugeriram que em 0,7 a 5% dos casos havia diferenças entre os diagnósticos clínico e histológico (TSESIS *et al.*, 2020).

No entanto, vários estudos indicam que não basta basear o diagnóstico na análise radiográfica. Matsuda e seus colaboradores concluíram que somente por meio do exame clínico e radiográfico não é possível confirmar o diagnóstico das lesões (MATSUDA *et al.*, 2011).

Portanto, quando o diagnóstico clínico e radiográfico determina o plano de tratamento e este não gera bons resultados, é importante realizar o exame

histopatológico para um diagnóstico preciso de possíveis lesões que são menos comuns.

2.1.1 Cisto Periapical

Os cistos periapicais originam-se dos restos de células epiteliais de Malassez no alvéolo. Essas células proliferam devido à inflamação periapical induzida pela infecção do sistema de canais radiculares (TSESIS *et al.*, 2020). No geral, não apresentam tamanhos muito grandes e os pacientes não sentem dor, exceto quando há um episódio de exacerbação inflamatória aguda. As lesões geralmente são descobertas durante exames radiográficos de rotina. No caso de exacerbação, os cistos aumentam, com alguns sintomas, incluindo inchaço, sensibilidade leve, mobilidade dentária e deslocamento. Os resultados do teste de sensibilidade pulpar são negativos (LIN *et al.*, 2009).

O diagnóstico definitivo de cisto perirradicular é alcançado apenas por meio de avaliação histopatológica por cortes seriados do espécime da lesão (RAMACHANDRAN; PAJAROLA; SCHROEDER, 1996).

Os cistos e granulomas periapicais podem cicatrizar após o tratamento não cirúrgico do canal radicular, quando feitos com precisão, diferentemente dos cistos de origem não inflamatória (KARAMIFAR; TONDARI, 2020).

2.1.2 Cisto Odontogênico Calcificante

Segundo Neville (2016), o cisto odontogênico calcificante é um cisto de origem odontogênica, caracterizado por epitélio odontogênico contendo células fantasmas, que depois podem sofrer calcificação. A lesão cresce, em 95% dos casos, em formato de cisto.

Pode estar associado a outros tumores odontogênicos reconhecidos, mais comumente aos odontomas.

É normalmente uma lesão radiolúcida bem definida, unilocular com estruturas radiopacas no interior da lesão. Em um terço dos casos, estão associados a um dente

não erupcionado, com mais frequência um canino. Reabsorção radicular ou divergência dos dentes adjacentes são muito observados.

O diagnóstico do cisto odontogênico calcificante é histopatológico, que irá aparecer como uma lesão cística bem definida com uma cápsula fibrosa e um epitélio odontogênico de revestimento de quatro a dez células de espessura. Presença de diversas “células fantasmas” eosinofílicas com calcificações no interior.

O tratamento proposto é enucleação cirúrgica, com pouca recidiva.

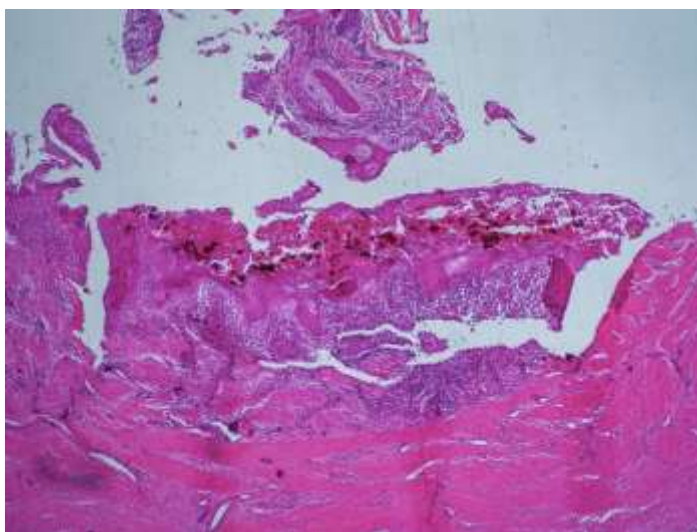


Fig 16: Aumento de 40x

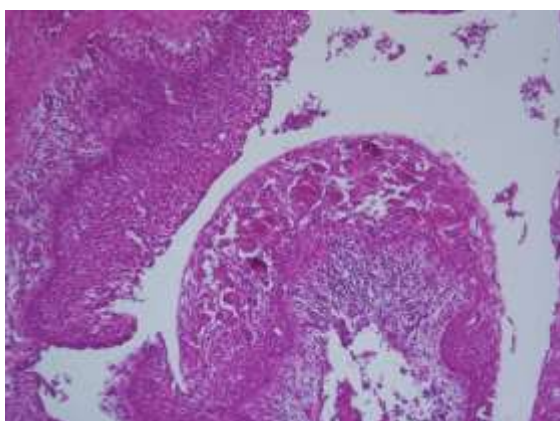


Fig 17: aumento de 100x

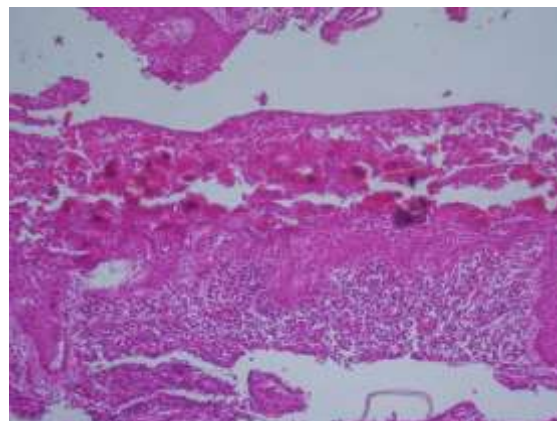


Fig 18: aumento de 400x

2.1.3 Diagnóstico do Caso Clínico

No caso clínico em questão, todos os fatores clínicos e radiográficos indicavam o diagnóstico de cisto periapical. O teste de vitalidade resultava-se negativo, durante a percussão vertical apresentava sintomatologia dolorosa e radiograficamente apresentava-se como uma lesão radiolúcida, circunscrita por um halo radiopaco, unilocular, envolvendo o ápice dos dentes 11 e 12 sem áreas radiopacas de calcificação. Além disso durante o preparo biomecânico, o canal drenava uma secreção purulenta.

Somente após a enucleação cirúrgica e análise histopatológica, foi possível o diagnóstico de Cisto Odontogênico Calcificante, que diferentemente do cisto periapical, apresenta "células fantasmas" com áreas de calcificação e uma camada espessa de células epiteliais de revestimento .

2.2 INSUCESSO NO TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Vários fatores podem resultar no insucesso do tratamento endodôntico, visto que a endodontia é composta por diversas fases e sujeita a diversos erros, e a individualização das etapas e atenção a cada uma delas é de suma importância para um bom prognóstico de cada caso.

2.2.1 Preparo biomecânico e Anatomia dos Canais Radiculares

A modelagem do canal radicular é um passo importante na terapia endodôntica para alcançar a cicatrização apical e a limpeza e modelagem do sistema de canais radiculares. Entretanto, a complexa anatomia do canal radicular, associada à presença de curvaturas e ramificações, a forma e a posição dos forames apicais, podem interferir e dificultar a formação e limpeza do canal radicular. (PETTERS, 2004)

Essas variações dificultam o acesso aos canais durante a instrumentação convencional, tornando assim, sítios para propagação de bactérias patogênicas. As ramificações de acordo com Pucci (1944) são denominadas como:

- Canal principal;
- Canal colateral;
- Canal lateral;
- Canal secundário;
- Canal acessório;
- Canal recorrente;
- Canal reticular;
- Delta apical.

2.2.2 Irrigação

O tratamento do canal radicular requer o uso de soluções irrigadoras para proporcionar um efeito antimicrobiano, remover detritos e neutralizar a presença de compostos orgânicos. Devido ao risco de extrusão periapical pelo forame apical, as soluções irrigadoras devem ser biocompatíveis e não irritantes ao tecido periapical.

A persistência da infecção bacteriana após o preparo do canal radicular revela as limitações das soluções irrigadoras, como hipoclorito de sódio (NaOCl) e clorexidina (CHX). Essas soluções podem apenas reduzir a população microbiana e, portanto, não podem eliminá-la totalmente. O processo de sanitização consiste na desinfecção e ampliação do canal radicular através da ação do hipoclorito de sódio e das técnicas de instrumentação do canal radicular, respectivamente. Além disso, esses protocolos reduzem a microbiota remanescente, o que melhora a eficácia do curativo intracanal e aumenta a taxa de sucesso do tratamento endodôntico. (ESTRELLA *et al.*, 2014)

2.2.3 Curativo de Demora – Hidróxido de Cálcio

Georgopoulou, *et al.* (1993) relataram que o curativo intracanal de hidróxido de cálcio foi mais eficaz contra bactérias anaeróbias do que o uso de paramonoclorofenol canforado. O pH elevado do hidróxido de cálcio, devido à liberação de íons hidróxido, é capaz de alterar a integridade estrutural da membrana citoplasmática das bactéria. Além disso, o hidróxido de cálcio teve efeito indireto sobre os microrganismos anaeróbios do canal radicular devido à reação entre o íon cálcio e o dióxido de carbono

aquoso. O hidróxido de cálcio também resulta na degradação de lipopolissacarídeos bacterianos (FARHAD; MOHAMMADI, 2005)

Os desafios que afetam uma preparação bem-sucedida do canal radicular incluem os seguintes fatores: anatomia complexa; número de canais; curvaturas; ramificações do canal radicular; forma; e posição dos forames apicais, o que dificulta a limpeza (ESTRELLA *et al.*, 2014). Com isso, para obter uma limpeza completa do canal radicular, um curativo intracanal deve ser usado. Assim, as propriedades biológicas do hidróxido de cálcio, bem como sua capacidade antimicrobiana de induzir a deposição de um tecido duro, promovendo um melhor reparo, fazem dele a medicação intracanal recomendada durante o tratamento do canal radicular.

2.3 CIRURGIA PARENDODÔNTICA

Em razão dos demasiados casos de insucessos endodônticos, tornou-se viável e recomendado para alguns pacientes a cirurgia parendodôntica. Esta, trata-se de uma cirurgia com caráter de prevenir a integridade do órgão dentário e bucal, preservando, principalmente, a saúde do paciente, envolvendo técnicas, indicações, contraindicações e demais possibilidades para viabilizar a cirurgia citada (SOUZA; IZIDRO, 2020).

Dentre os tipos de cirurgia parendodôntica estão: curetagem com alisamento apical, apicectomia, apicectomia com retrobturação, apicectomia com retroinstrumentação e retrobturação e obturação do canal simultânea ao ato cirúrgico (ORSO; SANT'ANA, 2006).

2.3.1 Apicectomia

A cirurgia de apicectomia consiste na enucleação cirúrgica da lesão periapical e da remoção do ápice do dente atingido. Previamente ao processo cirúrgico, é necessário que o dente esteja com o canal devidamente tratado.

A técnica cirúrgica clássica para tal modalidade exige um preparo inicial do paciente, conforme as normas atuais de assepsia para uma intervenção intrabucal. Efetua-se a anestesia em conformidade com o dente a ser operado. A incisão e o descolamento do retalho mucoperióstico e a osteotomia de acesso à lesão periapical ocorrem de maneira convencional para uma apicectomia. Segue-se com a curetagem

da lesão apical e a apicectomia propriamente dita de 3 mm do ápice dental, esta em ângulo de 90° em relação ao longo eixo do dente (SETTE-DIAS; MALTOS; AGUIAR, 2009).

A loja cirúrgica é limpa, irrigada com soro fisiológico, e preenchida com coágulo. A sutura do retalho ocorre de maneira convencional, de acordo com o retalho realizado.

2.3.2 Indicações

Segundo Walton e Torabijeb (2002), as principais indicações da cirurgia perirradicular de apicectomia são: quando a terapia endodôntica não cirúrgica é inviável ou teve insucesso, quando o retratamento da terapia endodôntica falhada é impossível ou não produziria melhores resultados, ou nos casos em que a biópsia é indicada.

Nas seguintes situações, a cirurgia periapical de apicectomia também pode ser necessária:

- Problemas anatômicos;
- Acidentes de procedimento que requerem cirurgia;
- Materiais irrecuperáveis no canal radicular;
- Sintomas persistentes;
- Fratura apical horizontal;
- Biópsia.

No caso em questão, a cirurgia de apicectomia foi indicada devido à persistência dos sintomas, que mesmo após a troca dos curativos, o canal permaneceu drenando uma secreção purulenta.

2.3.3 Contraindicações

Ainda baseando-se em Walton e Torabijeb (2002), as contraindicações da cirurgia de apicectomia são relativamente poucas, mas devem ser levadas em consideração para evitar possíveis problemas, sendo elas: complicações sistêmicas, fatores anatômicos e uso indiscriminado da cirurgia.

Problemas de saúde sistêmicos severos, como discrasias sanguíneas, doenças terminais, diabetes não controlada ou doença cardíaca grave tornam o paciente um candidato ruim para a cirurgia.

Nos casos de inacessibilidade do sítio cirúrgico devido a localização do dente, a cirurgia de apicectomia pode ser uma contra-indicação. Por exemplo, espaços como o seio maxilar, configuração óssea incomum ou proximidade de feixes neurovasculares, um oblíquo externo espesso, crista associada a um molar inferior ou ápices contíguos ao canal mandibular podem comprometer o acesso cirúrgico.

Outras situações que podem contra-indicar a cirurgia perirradicular ou modificar as abordagens utilizadas incluem, o comprimento de raiz curto (impedindo a ressecção da raiz), doença periodontal grave (prognóstico sem esperança, mesmo com cirurgia), ou dentes irreparáveis.

Além disso, a cirurgia não é indicada quando uma abordagem não cirúrgica provavelmente resultaria em um tratamento bem-sucedido.

3 CONCLUSÃO

A cirurgia pararendodôntica de apicectomia é uma ferramenta potencial para a manutenção dos dentes que tiveram insucesso em qualquer uma das partes da terapia endodôntica convencional, além de uma ótima opção para reduzir ao máximo a probabilidade de remanescentes infecciosos.

O caso apresentado mostrou que o diagnóstico final de lesões periapicais só pode ser dado através da análise histopatológica, porque tanto o exame físico quanto o exame radiográfico são apenas sugestivos.

Além disso, a cirurgia de apicectomia foi a resolução para o Cisto Odontogênico Calcificante, visto que, o tratamento para essa lesão é a remoção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

Bramante, CM et al. **Acidentes e complicações no tratamento endodôntico-soluções clínicas**. Vol. 2ª edição. São Paulo, SP: livraria e editora Santos. 2004.

Chandra A. Discuss the factors that affect the outcome of endodontic treatment. **Aust Endod J**. 2009.

Estrela C, Holland R, Estrela CR, Alencar AH, Sousa-Neto MD, Pécora JD. Characterization of successful root canal treatment. **Braz Dent J**. 2014.

Farhad A, Mohammadi Z. Calcium hydroxide: a review. **Int Dent J**. 2005.

Georgopoulou M, Kontakiotis E, Nakou M. *In vitro* evaluation of the effectiveness of calcium hydroxide and paramonochlorophenol on anaerobic bacteria from the root canal. **Endod Dent Traumatol**. 1993.

Karamifar K, Tondari A, Saghiri MA. Endodontic Periapical Lesion: An Overview on the Etiology, Diagnosis and Current Treatment Modalities. **Eur Endod J**. 2020.

Lin LM, Ricucci D, Lin J, Rosenberg PA. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. **J Endod** 2009.

Luckmann G., C Dorneles., Granado CP. "Etiologia dos insucessos dos tratamentos endodônticos." **Vivências** 2013.

Matsuda V., Kadowaki A., Kataoka S. & Caldeira C. Uma comparação de achados clínicos, histológicos e radiográficos em lesões radiolúcidas periapicais. **Imprensa Odontológica Endod**. 2011.

Neville, Brad W. Cisto odontogênico calcificante, **Patologia oral e Maxilofacial**. 4ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. p 647-650.

Orso VA, Sant'ana FM. Cirurgia parestodôntica: quando e como fazer. **Rev Fac Odontol**. Porto Alegre. 2006.

Pereira JS, Milagres RM, Andrade BAB, Messo-ra MR, Kawata LT. Cisto periapical de grande extensão: relato de caso. Rev. Cir. **Traumatol.Buco-Maxilo-Fac**, 2012.

Pereira, RC. **Tratamento de cisto periapical de grande extensão, relato de 2 casos**. 2013, 33p. Monografia de especialização. Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP 2013.

Peters OA. Current challenges and concepts in the preparation of root canal systems: a review. **J Endod**. 2004.

Pucci FM, R. R. **Conductos Radiculares, Vol 1**. Montevideo, Uruguay: Casa A. Barreiro & Ramos S.A. 1944.

Ramachandran Nair PN, Pajarola G, Schroeder HE. Tipos e incidência de lesões periapicais humanas obtidas com dentes extraídos. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, 1996.

Sette-Dias AC, Maltos KLM, Aguiar EG. "Tratamento endodôntico transcirúrgico: uma opção para casos especiais." **Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial**. 2010.

Souza IMM, Izidro AER. Cirurgia parestodôntica – apicectomia Revisão de literatura. **R Odontol Planal Cent**. 2020

TSESIS, I., Krepel, G., Koren. T., Rosen. E., Kfir A. Accuracy for diagnosis of periapical cystic lesions. **Sci Rep**. Aug 2020 Aug.

Walton RE, Torabinejad M. Management of traumatized teeth **Principles and Practice of Endodontics**. 3rd edition. Philadelphia, Pa, USA: Saunders; 2002. pp. 426–430.