
CONDUTA TERAPÊUTICA EM DENTE COM LESÃO REFRATÁRIA AO TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONVENCIONAL E CIRÚRGICO – CASO CLÍNICO

TERAPEUTHICAL PROCEDURE IN TEETH WITH REFRACTORY LESION TO ENDODONTIC CONVENTIONAL AND CIRURGICAL TREATMENT – A CASE REPORT

*Ana Cláudia Amorim GOMES**
*Adriane Tenório DOURADO***
*Emanuel DIAS de Oliveira e Silva****
*Diana Santana de ALBUQUERQUE*****

RESUMO

O objetivo desse trabalho foi verificar o reparo dos tecidos periapicais de um dente com abscesso fênix após retratamento endodôntico associado à cirurgia parendodôntica, tendo esse dente já recebido previamente tratamento endodôntico convencional e cirúrgico simultâneos. Foi relatado um caso clínico em três etapas: tratamento de urgência, tratamento do canal radicular, no qual realizou-se preparo biomecânico pela Técnica de Oregon Modificada e empregou-se pasta de hidróxido de cálcio associado ao PMCC como medicação intracanal, e, tratamento cirúrgico por meio de curetagem periapical.

Após preservação do caso, verificou-se, clinicamente, ausência de sintomatologia e, radiograficamente, reparação dos tecidos periapicais. Conclui-se que, mesmo em dentes que já receberam cirurgia parendodôntica, na presença de infecção, o retratamento endodôntico é indispensável para saneamento do canal radicular e que, havendo necessidade de terapia cirúrgica complementar, a curetagem periapical pode ser uma modalidade cirúrgica viável para esses casos.

UNITERMOS: Tratamento do canal radicular, abscesso periapical, canal radicular/cirurgia.

ABSTRACT

The aim of this work was to assess the tissue repair process in the periapical area of teeth presenting phoenix abscess after endodontic treatment associated with surgical perendodontical procedure and conventional endodontic care. The case report was presented in three separate phases: the emergency treatment, the root canal treatment by means of an Oregon modified technique with calcium hydroxide associated with PMCC as intra-canal medication and periapical debris removal. After clinical preservation, there was absence of pain and radiographically, there was tissue repair. Conclusion: Endodontic treatment and good periapical sealing is of main importance for successful treatment even if the tooth has been submitted to periapical surgery.

UNITERMS: endodontic treatment, periapical surgery, periapical abscess.

INTRODUÇÃO

A cirurgia parendodôntica se propõe a resolver os problemas resultantes dos insucessos endodônticos, porém, é uma alternativa secundária, visto que, devem ser esgotadas todas as possibilidades de terapêutica clínica. É muito comum a precipitação de profissionais que se dedicam à cirurgia buco-dental,

* Especialista e Doutoranda em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial FOP/UPE; Professora de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

** Especialista e Doutoranda em Endodontia FOP/UPE; Professora de Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia de Pernambuco – FOP/UPE

***Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial; Professor e Coordenador da Disciplina de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE

****Doutora em Dentística e Endodontia pela FOP/UPE, coordenadora do curso de Mestrado e Doutorado em endodontia da Faculdade de Odontologia de Pernambuco - FOP/UPE

na indicação de cirurgias periapicais frente a rarefações ósseas com e sem sintomatologia, sem levar em consideração as verdadeiras indicações desse procedimento.

O tratamento endodôntico convencional tem passado por constantes modificações nos últimos anos, devido a grande evolução científica, tecnológica e biológica, levando a índices de sucessos cada vez maiores. No entanto, um tratamento bem sucedido requer que todos os passos sejam realizados com esmero, desde o diagnóstico e seleção do caso até as etapas operatórias. Apesar dos insucessos terem, atualmente, um percentual reduzido, a maior causa ainda é a iatrogenia.

Frente aos fracassos do tratamento endodôntico, desde que haja condições viáveis, deve-se sempre indicar o retratamento do canal radicular e caso necessário, lançar mão da cirurgia parendodôntica como complemento da terapia. Essa associação geralmente é bem sucedida, resultando na preservação de dentes que de outra maneira teriam de ser perdidos.

Sabendo-se da necessidade de se esgotar a endodontia convencional e da importância da associação dos conhecimentos teórico-práticos desta à cirurgia, o presente trabalho teve como objetivo apresentar um caso clínico para verificar o reparo dos tecidos periapicais de um dente com abscesso fênix após retratamento endodôntico associado à cirurgia parendodôntica, tendo esse dente recebido previamente tratamento endodôntico convencional e cirúrgico simultâneos.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente J.M.L., sexo feminino, 46 anos de idade, procurou uma clínica odontológica privada, queixando-se de dor à compressão e latejante no dente 23. Durante a anamnese relatou que tinha realizado tratamento endodôntico e cirurgia parendodôntica nesse dente no ano de 1994, na

Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, porém há aproximadamente 30 dias começou a ter sintomatologia dolorosa. Na avaliação da história médica, não foi observada nenhuma alteração sistêmica. No exame físico extrabucal não foi verificado assimetria facial ou sinais clínicos de inflamação. Durante o exame físico intrabucal, na inspeção, observou-se a presença de fístula na região de fundo de saco correspondente ao dente 23, que possuía uma coroa metalo-cerâmica. Foi realizada a semiotécnica clássica de palpação, percussão vertical e horizontal, na qual a paciente relatou sintomatologia dolorosa. Após rastreamento da fístula identificou-se no dente 23 a origem da patologia. Radiograficamente observou-se imagem radiolúcida difusa circunscrita ao ápice radicular do dente 23, sugestiva de abscesso dento-alveolar crônico. Verificou-se, também, defeito no terço apical da raiz desse elemento dentário (Fig.1). Após a coleta dos dados, chegou-se ao diagnóstico de abscesso fênix em fase inicial.



Fig.1- Radiografia diagnóstica do dente 23.

O tratamento de urgência proposto foi apenas o sistêmico a base de antiinflamatório e antibiótico, com a finalidade de cronificar o processo inflamatório

infeccioso, para possibilitar o tratamento local em outro momento, pois o dente já tinha tratamento endodôntico realizado e estava restaurado proteticamente. As medicações prescritas para paciente foram o amoxicilina + clavulanato de potássio (Clavulin 500mg) de 8/8 horas e Nimesulide (Nisulid 100mg) de 12/12 horas por um período de 7 dias.

Com 72 horas de administração da medicação sistêmica, a paciente foi ao consultório de um protesista para realizar a remoção do núcleo e relatou que a sintomatologia tinha diminuído, apesar de, ao toque no dente, ainda haver sensibilidade dolorosa. Completados sete dias de uso da medicação, a paciente retornou a clínica e relatou apenas leve sensibilidade a palpação na região de fundo de saco correspondente ao dente envolvido. Foi iniciado o tratamento local, por meio do retratamento endodôntico. Na primeira sessão, foi realizado isolamento absoluto do campo operatório, desobturação do canal radicular (Fig. 2) e transpasse apical com lima tipo K nº 10 para promover drenagem via canal que, nesse caso não ocorreu provavelmente devido ao emprego de medicação sistêmica e pela presença de uma via de drenagem natural. Logo em seguida, colocou-se um curativo de demora a base de tricresol formalina na câmara pulpar e selamento provisório com cimento de óxido de zinco e eugenol. Nesse momento não foi prescrita medicação sistêmica para a paciente, uma vez que esta apresentava sintomatologia leve, queixava-se de problemas gástricos, além do tratamento local ter sido realizado com sucesso, a não ser uma pequena extrusão de material obturador para região periapical, fato este, que ocorre com certa freqüência em dentes que receberam cirurgia parendodôntica, devido à presença de defeito apical na raiz.

Com quatro dias, a paciente retornou e foi realizado o preparo biomecânico pela técnica de Oregon Modificada. Colocou-se medicação intracanal a base de pasta de hidróxido de cálcio (Callen + PMCC)



Fig. 2 - Aspecto radiográfico após a desobturação do canal radicular.

e selamento provisório com cimento de ionômero de vidro.

Com trinta dias a paciente retornou e relatou que teve sintomatologia dolorosa nos primeiros quinze dias após a segunda sessão, porém, que foi diminuindo gradativamente e que no momento encontrava-se assintomática. Foi, então, realizada a obturação hermética do sistema de canais radiculares pela técnica convencional de condensação lateral ativa e preparado o canal para receber a restauração protética (Fig. 3).

Após quatro meses de preservação, verificou-se a necessidade de tratamento cirúrgico, devido a uma leve sensibilidade a palpação relatada pela paciente, provavelmente conseqüente do extravasamento de material para a região periapical. Foi proposta a realização da cirurgia parendodôntica do tipo, curetagem periapical.

A paciente foi pré-medicada com 2g de amoxicilina e 4 mg de betametasona uma hora antes da cirurgia. Ainda como pré-medicação foi prescrito vitamina C, iniciando sete dias antes da cirurgia, com a finalidade de aumentar a produção de colágeno e acelerar a cicatrização.

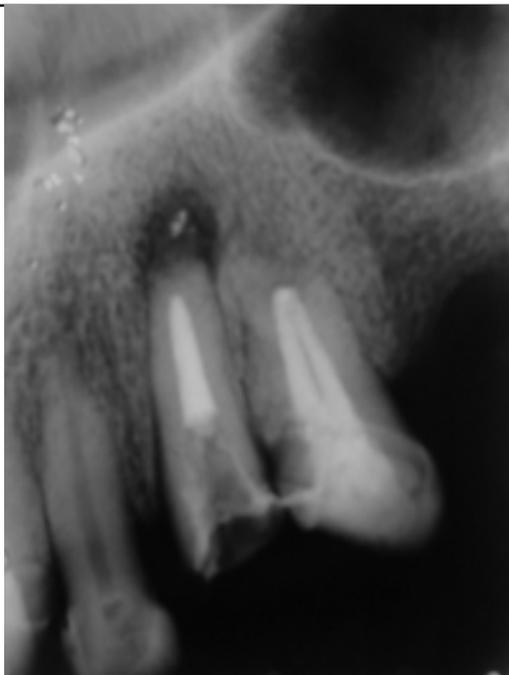


Fig. 3 - Aspecto radiológico imediato a obturação radicular do 23.



Fig. 4 - Aspecto radiológico da região periapical do 23 no pós-operatório imediato.

Para iniciar o procedimento cirúrgico realizou-se anti-sepsia da cavidade bucal com digluconato de clorexidina a 0,12%, bochecho de um minuto, com a finalidade de reduzir a quantidade de microorganismos da flora bucal e prevenir bacteriemia pós-cirúrgica (VASCONCELOS, 2002). Procedeu-se a anestesia infiltrativa terminal empregando solução anestésica de ação intermediária, a mepivacaína a 2% com adrenalina 1:100.000. Em seguida realizou-se a incisão trapezoidal de Ochsenbein e Luebke, descolamento mucoperiosteal, ostectomia, curetagem apical e sutura (fio mononylon 5-0).

Após a realização da cirurgia (Fig. 4) foi prescrito 500 mg de dipirona de 6/6 horas por 24 horas e a continuidade dessa medicação apenas em caso de dor. A paciente foi orientada a fazer uso da vitamina C por mais 7 dias, para aumentar a sua resistência orgânica. Com sete dias, foi removida a sutura e a paciente não referiu sintomatologia.

Passados quatro anos, a paciente retornou a clínica odontológica devido à presença de um abscesso fênix no dente 24, que teve indicação de exodontia e nesse momento pôde-se fazer uma radiografia de preservação no dente 23, quando foi verificada a total reparação óssea e radicular (Fig. 5).

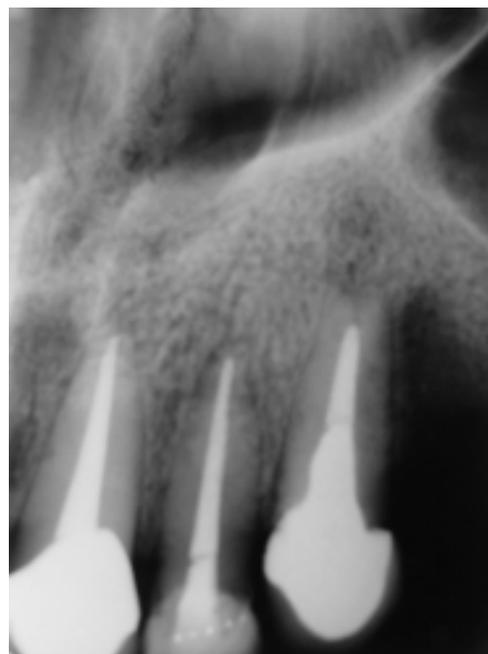


Fig. 5 - Radiografia de preservação.

DISCUSSÃO

Segundo Pécora (2001), o tratamento do abscesso fênix consiste em estabelecer uma drenagem oportuna e eliminar a causa. No entanto, nesse caso clínico, apesar do abscesso estar em fase inicial, quando existe uma maior probabilidade de drenagem via canal radicular, (LEONARDO, LEAL, LEONARDO, 1998; LOPES, SIQUEIRA JÚNIOR (1999); SOARES, GOLDBERG, 2001), não foi recomendado executar esse

tratamento, pois o dente já tinha tratamento endodôntico realizado e estava restaurado proteticamente.

O tratamento de urgência instituído ao caso clínico foi apenas a terapêutica sistêmica com a finalidade de cronificar o processo inflamatório infeccioso para possibilitar o tratamento local. Essa conduta foi seguindo Soares, Goldberg (2001), que acreditam que nos casos de abscesso agudo, no qual o tratamento local não pode ser realizado, pois o acesso ao canal radicular é inviável, seja por obstruções mecânicas ou endodônticas, está indicado inicialmente o tratamento sistêmico. Caso em 48 horas a sintomatologia ainda permaneça intensa, deve-se fazer a trepanação periapical através da cortical óssea. Para a cronificação do processo foi prescrito a amoxicilina + clavulonato de potássio (Clavulim 500mg), que é recomendado por Duarte, Vale, Garcia (1999), como o antibiótico de primeira escolha nos casos onde não é possível instaurar a terapia local, devendo-se prescrevê-lo de 8/8 horas por 7 dias. É um antibiótico bactericida de amplo espectro, muito eficaz nos quadros de infecções odontológicas, que atua inibindo as penicilinas por meio do ácido clavulânico, que se uni a essas enzimas inativando-as, tornando os microorganismos sensíveis a penicilina (ANDRADE, 1999). De acordo com Alves (2001), atua no combate aos microorganismos anaeróbios como *peptococos* e *peptostreptococos*, sendo, também, eficazes contra as cepas de *Stafilococcus faecalis*. Já o antiinflamatório empregado foi a nimesulida (Nisulid 100mg) que é um antiinflamatório/analgésico não esteróide, cuja ação ocorre pela inibição das prostaglandinas, por bloqueio competitivo da prostaglandina sintetase, diminuindo a formação dos radicais livres e promovendo a varredura desses radicais em nível extracelular. Pode ser empregado como coadjuvante dos procedimentos clínicos no controle da dor quando o quadro inflamatório já estiver instalado (SIMI JÚNIOR et al.,

1998; ANDRADE, 1999).

Empregou-se tricresol formalina como curativo de demora, concordando com ESBERARD, QUEIROZ, SANTOS (1993); LEONARDO, LEAL, LEONARDO (1998), que afirmam que em sessão prévia, antes do preparo biomecânico do sistema de canais radiculares reduz consideravelmente a incidência de agudizações no pós-operatório devido as suas propriedades neutralizadoras do conteúdo séptico/tóxico do canal radicular.

A técnica de Oregon Modificada foi utilizada por ser uma das técnicas que promove menos extravasamento do conteúdo séptico/tóxico do canal radicular para região periapical, de acordo com Pécora, Silva (2002).

A pasta de hidróxido de cálcio foi a medicação intra-canal de escolha, em acordo com as recomendações de Lopes, Siqueira Júnior (1999), que afirmaram que o quando associado ao PMCC pode aumentar o raio de ação da pasta, atingindo microorganismos situados mais profundamente no sistema de canais radiculares. Para Leonardo, Leal, Leonardo (1998), o hidróxido de cálcio associado ao PMCC é a formulação ideal a ser empregada, pois essa medicação atua tanto nas bactérias aeróbias quanto anaeróbias. Já para Estrela et al. (1997), essa associação não oferece vantagens, pois, comprovou através de um estudo "*in vitro*", no qual testou o hidróxido de cálcio associado a 10 veículos diferentes, que todas foram efetivas, inclusive a associação do hidróxido de cálcio com soro fisiológico, pois atuou em *Streptococcus faecalis* num período de 48 horas.

Foi realizada a curetagem periapical contrariando as recomendações de Otoboni Filho (1987), que não acredita no sucesso realizando apenas nessa modalidade cirúrgica para esses casos, defendendo a necessidade de realizar também uma apicectomia em razão da contaminação das ramificações, deltas e crateras cementárias. Entretanto, a curetagem foi à cirurgia de eleição por

dois motivos: um, porque o dente já tinha sido submetido a apicectomia, embora incorreta, e, outro, pelo elevado sucesso obtido com o tratamento endodôntico, previamente a esse procedimento cirúrgico.

A pré-medicação com antiinflamatórios corticóides, segundo Andrade (1999), está indicada nos procedimentos cirúrgicos que representem um maior grau de traumatismo aos tecidos, com objetivo de prevenir ou controlar a dor, o edema e a limitação funcional. A betametosona (celestone) é o corticóide de escolha na odontologia por ser muito potente e apresentar uma maior meia vida plasmática, o que possibilita seu emprego em dose única pré-operatória.

Apesar do uso corriqueiro de anestésicos locais de ação prolongada em procedimentos cirúrgicos, optou-se por um de ação intermediária, que foi a mepivacaína, que é dos anestésicos locais o que proporciona uma menor ação vasodilatadora e conseqüentemente uma maior duração, principalmente quando associada a um agente vasoconstrictor (BERINE-AYTES, GAY-ESCODA, 1997; ANDRADE, 1999).

A incisão foi a de Ochsenbein e Luebke devido ser uma incisão indicada quando se deseja acesso a lesões apicais (BRAMANTE, BERBERT, 2000), ser mais estética por acompanhar o contorno da região cervical dos dentes e, como é realizada na gengiva inserida evita a exposição do limite protético.

Pode-se observar nesse trabalho que o reparo dos tecidos periapicais esteve diretamente relacionado à remoção do microbiota do canal radicular por meio da limpeza e desinfecção do sistema de canais radiculares e a curetagem periapical complementar. No entanto, cirurgia parendodôntica não deve ser realizada previamente ou mesmo simultaneamente ao tratamento endodôntico, salvo raras exceções. Em dentes com reações periapicais radiograficamente visíveis, o índice de sucesso dos tratamentos endodônticos é cerca de 86% (SOARES,

GOLDBERG, 2001), portanto, deve-se inicialmente preservar o caso, para depois, se necessário, indicar cirurgia. No caso relatado, de acordo com informação da paciente durante a anamnese, a cirurgia foi realizada no mesmo momento da obturação do canal radicular, fato esse que pode ter sido uma das causas do insucesso, apesar de Kuga et al. (1997), ter obtido 66,7% de sucesso com essa técnica. Além de possíveis falhas na limpeza ou selamento do sistema de canais radiculares.

CONCLUSÕES

De acordo com o resultado obtido, pode-se concluir que:

- Em dentes que já receberam cirurgia parendodôntica, na presença de infecção, desde que possível, deve ser realizado o retratamento endodôntico, pois é indispensável para o saneamento do canal radicular;
- Havendo necessidade de terapia cirúrgica complementar, a curetagem periapical pode ser uma modalidade cirúrgica viável para esses casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ALVES, D.F. Estudo comparativo da atividade sistêmica de algumas drogas no tratamento do abscesso periapical em evolução. **JBE**, Curitiba, v. 2, n. 7, p. 291-294, out./dez. 2001.
- 2 - ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. 188p.
- 3 - BERINE-AYTES, L.; GAY-ESCODA, C. **Anestesia odontológica**. Madri: Avances, 1997. 152 p.
- 4 - DUARTE, M. A. H.; VALE, I. S.; GARCIA, R.B. Antibioticoterapia em endodontia. **Rev. da APCD**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 59-62, jan./fev. 1999.
- 5 - ESBERARD, R. M.; QUEIROZ, S. N.; SANTOS, A. A. Curativos com tricresol formalina. **RGO**, Porto Alegre, v. 41, n. 4, p. 209-212, jul./ago. 1993.

- 6 - ESTRELA, C. et al. In vitro determination of direct antimicrobial effect of calcium hydroxide. **J. Endod.**, [S.I.], v. 23. 1997.
- 7 - KUGA, M. C. et al. Cirurgias pararendodônticas em função de modalidades cirúrgicas e tempo de controle. **APCD**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 136-142, mar./abr. 1997.
- 8 - _____, M. R.; LEAL, J. M.; LEONARDO, R. T. **Endodontia: Tratamento de canais radiculares**. 3 ed. São Paulo: Panamericana, 1998. 687p.
- 9 - LOPES, J.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. **Tratamentos das infecções endodônticas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1999. 513p.
- 10 - OLIVEIRA, J. C. M. Antibióticos em Endodontia. **RBO**, [S.I.], v. 56, n. 3, p.134-138, 1999.
- 11 - OTOBONI FILHO, J. A. Estudo histológico comparativo entre o tratamento endodôntico, curetagem periapical, apicectomia e obturação retrógrada em dentes de cães com lesão periapical. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista. Araçatuba, 100p.1987.
- 12 - PALLASCH, T. J.; SLOTS, J. Antibiotic prophylaxis and the medically compromised patient. **Periodontol 2000**, Denmark, v. 10, p. 107-138. 1996.
- 13 - PÉCORA, J.D. Periapicopatias. Disponível em: < <http://www.odontologia.com.br> > Acesso em: 24 set. 2001.
- 14 - _____, J. D.; SILVA, R. G. Preparo dos canais radiculares – microcirurgia interna dos canais radiculares. Disponível em: < <http://www.forp.usp.br/restauradora/prepa.htm> > Acesso em: 28 jan. 2002.
- 15 - SILVA, J. P.; MATTOS, A. C.; LOPES, J. M. Antibioticoterapia: novos conceitos. **RGO**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 41-48, mar./abr. 2000.
- 16 - SIMI JÚNIOR, J. et al. Estudo comparativo de três agentes antiinflamatórios após intervenção endodôntica. **RBO**, [S.I.], v. 55, n. 3, p.140-172, 1998.
- 17 - SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. **Endodontia: técnica e fundamentos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2001. 376p.
- 18 - SPALDING, M.; SIQUEIRA, J. T. T. Avaliação de uma estratégia terapêutica em processos infecciosos buço-dentais. **RGO**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p. 110-114, abr./maio/jun. 1999.
- 19 - VASCONCELOS, J. O uso da clorexidina na prática odontológica. Disponível em: < <http://www.odontologia.com.br/noticias.asp?id=146&idesp=4&ler=s> > Acesso em: 18 de abr. 2002.