

UNIVERSIDADE CESUMAR UNICESUMAR
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**CIRURGIAS PARENDODÔNTICAS, SUAS INDICAÇÕES E SEUS BENEFÍCIOS:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

GABRIELY DOS SANTOS SOBCZAK

MARINGÁ – PR

2022

Gabriely dos Santos Sobczak

**CIRURGIAS PARENDODÔNTICAS, SUAS INDICAÇÕES E SEUS BENEFÍCIOS:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco.

MARINGÁ – PR

2022

GABRIELY DOS SANTOS SOBCZAK

**CIRURGIAS PARENDODÔNTICAS, SUAS INDICAÇÕES E SEUS BENEFÍCIOS:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Cesumar – UNICESUMAR como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Odontologia, sob a orientação do Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco.

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fernando Accorsi Orosco – Universidade Cesumar

Profa. Me. Luciana Ferreira Netto – Universidade Cesumar

Profa. Dra. Bruna Bertol de Oliveira Margonar – Universidade Cesumar

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida, por ter me presenteado com tanto e por me permitir ter chego até aqui, mesmo em meio a todas as dificuldades.

Agradeço à minha família, em especial aos meus avós, por todo sorriso de orgulho que deram quando sabiam de cada avanço meu, e, principalmente, aos meus pais Alberto e Luciene por terem segurado minha mão e me dado todo apoio e amparo no decorrer de todos esses anos, dedico a vocês essa conquista.

Ao meu namorado, Pedro Henrique por toda paciência, parceria, amor e por compartilharmos frutos tão lindos.

Ao meu orientador, Fernando, ao qual tenho muito orgulho em ter aprendido tanto. Agradeço por toda oportunidade, dedicação e ajuda, por ter me confiado diversos casos na Endodontia e por ter ajudado a desenvolver, em meu coração, o amor por esta área, este é mais que uma inspiração para mim, minha eterna gratidão!

CIRURGIAS PARENDODÔNTICAS, SUAS INDICAÇÕES E SEUS BENEFÍCIOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Gabriely dos Santos Sobczak.

RESUMO

A Endodontia é uma especialidade odontológica, na qual, através do tratamento endodôntico, é possível tratar o canal radicular preservando dentes que estariam perdidos. As Cirurgias Parendodônticas são procedimentos cirúrgicos realizados em casos de acidentes, fraturas ou em casos em que o tratamento endodôntico não obteve sucesso. Através de uma revisão bibliográfica analisando o total de 31 artigos, o objetivo desta pesquisa foi estabelecer os benefícios e as indicações das Cirurgias Parendodônticas. Por meio desta revisão de literatura, utilizando as Bases de Dados como SCIELO, PUBMED, Google Acadêmico, etc, para análise de artigos de 2000 até 2022, este trabalho discutiu sobre quando será necessário a utilização deste procedimento, como ele pode ser realizado e, também, quais os resultados ele consegue proporcionar se bem utilizado e indicado. Concluiu-se que estas cirurgias conservadoras devem ser uma alternativa para tratamento de dentes condenados e fraturados quando estes tiverem chance de permanecer saudáveis e em função mastigatória, antes de se optar pela realização das exodontias.

Palavras-chave: Cirurgia Parendodôntica. Endodontia. Tratamento Endodôntico. Cirurgias Periapicais.

PARAENDODONTIC SURGERY, INDICATIONS AND BENEFITS: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

Endodontics is a dental speciality in which, through endodontic treatment, it is possible to treat the root canal preserving teeth that could be lost. Paraendodontic surgeries are surgical procedures performed in cases of accidents, fractures or cases where endodontic treatment has not been successful. Through a literature review and analyzing a total of 31 articles, this research aims to establish the benefits and indications of paraendodontic surgeries. This literature review, using Databases such as SCIELO, PUBMED, Google Scholar, etc, analyses articles from 2000 to 2022. This work discusses when it will be necessary to use this procedure, how it can be performed and also what results it can provide if well used and indicated. It is concluded that these conservative surgeries should be an alternative for the condemned and fractured teeth treatment when they have a chance to remain healthy and in masticatory function, before opting for extractions.

Keywords: Paraendodontic surgery. Endodontics. Endodontic Treatment. Periapical surgery.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 TRATAMENTO ENDODÔNTICO	7
2.1 CIRURGIA PARENDODÔNTICA	8
2.2 INDICAÇÕES	8
2.3 CONTRA INDICAÇÕES	9
3 MODALIDADES DA CIRURGIA PARENDODÔNTICA.....	10
3.1 DRENAGEM CIRÚRGICA	10
3.2 CURETAGEM PERIRRADICULAR.....	11
3.3 APICOPLASTIA E APICECTOMIA	12
3.4 CIRURGIA COM OBTURAÇÃO SIMULTÂNEA DO CANAL	12
3.5 OBTURAÇÃO RETRÓGRADA	13
3.6 RETROINSTRUMENTAÇÃO COM RETROBTURAÇÃO.....	13
3.7 RETROINSTRUMENTAÇÃO COM RETROBTURAÇÃO E OBTURAÇÃO RETRÓGRADA.....	14
3.8 CANALIZAÇÃO	14
3.9 ODONTOSECÇÃO OU HEMISECÇÃO.....	14
3.10 RIZECTOMIA	14
3.11 CIRURGIA DOS CISTOS RADICULARES	15
3.12 REIMPLANTAÇÃO INTENCIONAL	15
3.13 TRANSFIXAÇÃO	16
4 CIRURGIA PARENDODÔNTICA E EXODONTIA	16
5 DISCUSSÃO	17
6 CONCLUSÃO.....	19

1 INTRODUÇÃO

A Cirurgia Parendodôntica consiste em um tratamento cirúrgico alternativo. Ela é indicada em casos nos quais houve um insucesso no tratamento endodôntico convencional e não há possibilidade de realizar um retratamento, buscando solucionar e manter o elemento dentário em função na cavidade oral (SAMPAIO, 2021).

O tratamento endodôntico consiste na remoção da polpa dentária, desinfecção dos canais radiculares, obturação e selamento desses canais com material obturador, removendo ou diminuindo os microrganismos presentes na região. Há casos em que esse tratamento não funciona, sendo necessário realizar o retratamento desse sistema de canais. Cistos, extravasamento de material obturador, infecções e bactérias persistentes são alguns dos motivos, descritos na literatura, que geram insucesso nesse tratamento. Com o auxílio de solventes e limas, o procedimento de retratamento consiste na remoção do material obturador e na limpeza dos canais para posterior recolocação desse material (ANDRADE, 2019).

O procedimento de cirurgiaarendodôntica permite um melhor acesso à limpeza, à modelagem e ao selamento da região apical do dente. Ele remove, assim, o tecido inflamado desse local de difícil acesso quando os tratamentos anteriores não obtiveram sucesso (FAGUNDES, 2011).

Antes da realização de qualquer tratamento mais invasivo, como o cirúrgico, estudos de prognóstico determinam que o profissional opte, primeiramente, por tratamentos não cirúrgicos. A cirurgiaarendodôntica, porém pode solucionar problemas de dentes em que, antes, a única opção de tratamento era a exodontia (CARLESSO e SANTOS, 2019).

Essas cirurgias realizadas na região apical são indicadas para variados casos e recebem diferentes nomes, como Apicectomia, Retrobturação, Rizectomia, Curetagem, entre outros. Dentre as indicações estão a retirada de material obturador extravasado, a remoção de instrumentos fraturados, a remoção de lesões císticas como, também, biópsias de lesões com suspeita de malignidade e diversas outras (SAMPAIO, 2021).

Também, existem contraindicações da realização dessas cirurgias, que consistem na impossibilidade de acesso cirúrgico, havendo a possibilidade de prejuízo aos tecidos periodontais e estruturas adjacentes, pacientes portadores de doenças descompensadas e sistemicamente comprometidos (LODI et al., 2007). Esse tratamento pode ser realizado por profissionais cirurgiões dentistas especialistas em Endodontia e Cirurgia Bucomaxilofacial (LODI et al., 2007).

Sendo assim, este trabalho tem por objetivo relatar a Cirurgia Parendodôntica e apresentar como determinados casos podem ser solucionados através deste procedimento cirúrgico.

2 TRATAMENTO ENDODÔNTICO

A Endodontia é a especialidade da odontologia responsável pelo diagnóstico e pelo tratamento das alterações dos tecidos pulpaes e, também, dos tecidos periapicais do dente. É importante que o profissional realize um correto diagnóstico e conheça os agentes e mecanismos fisiopatológicos para que seja possível realizar o tratamento mais apropriado para os diversos tipos de lesões. Também, é de extrema importância realizar a eliminação e o controle da infecção e bactérias e ter o domínio da anatomia e das variações anatômicas dentárias (SAMPAIO, 2021).

Conforme exposto por Andrade (2019, p. 8):

O tratamento endodôntico é um procedimento de rotina nos consultórios odontológicos como alternativa a extração dentária e, além disso, é economicamente acessível à população, além de ser seguro e eficaz para preservar dentes que estariam perdidos. Este tratamento consiste nos seguintes procedimentos: abertura coronária, preparo químico mecânico e obturação do sistema de canais radiculares.

Portanto, esse procedimento consiste na abertura coronária, exploração e instrumentação dos canais radiculares, limpeza, irrigação com soluções, colocação de medicação intra-canal e desinfecção. Além disso, devem ser removidas todas, ou a maioria, das bactérias presentes e, também, todo o tecido pulpar infectado para realizar um correto selamento e obturação com material obturador, para evitar que haja uma recontaminação desses canais (RIVEREAU, 2021).

Há 2 tipos de comprometimento pulpar que devem ser solucionados utilizando o tratamento endodôntico, que são: pulpite irreversível (biopulpectomia) e necrose pulpar (necropulpectomia). O que os difere é que, nos casos de pulpite irreversível, não há inflamação e, nos casos de necrose, a polpa encontra-se necrosada e infeccionada, principalmente, por uma maior quantidade de bactérias anaeróbicas, sendo necessária a remoção de ambas (SIQUEIRA JR, 2012).

Dessa forma, esse tratamento está indicado em casos nos quais o dente apresenta uma extensa lesão de cárie que envolve o tecido pulpar, e traumas dentários em que ocorra a exposição da polpa e a presença de lesões periapicais. Apesar de ser um procedimento que apresenta bastante satisfação e evolução científica, podem acontecer acidentes, complicações ou seu insucesso. Quando há o sucesso desse tratamento, o paciente relata remissão da dor, do inchaço, a drenagem da fistula, a diminuição da lesão periapical e a rarefação óssea (se houver). Já o insucesso desse tratamento acontece quando esse não foi diagnosticado e realizado corretamente; quando a restauração final não foi realizada corretamente, acontecendo uma nova infecção de bactérias; quando não se localizou todos os canais; quando as bactérias presentes encontram-se resistentes; quando houver acidentes e iatrogenias como extravasamento de material, fraturas de instrumentos, perfurações dentárias dentre outros (KORCHAK, 2021).

2.1 CIRURGIA PARENDODÔNTICA

O tratamento não cirúrgico do canal radicular é o procedimento de endodontia que tem como objetivo a descontaminação de dentes com doença pulpar ou perirradicular. No entanto, se mesmo após a realização desse procedimento não houver a resolução do problema, ou caso não seja possível realizar o tratamento, a cirurgia parendodôntica pode ser necessária (CHONG e RODES, 2014).

De acordo com Pop (2013, p. 279), “Cirurgia (peri)apical, endodontia cirúrgica, apicectomia etc, são termos que definem a abordagem cirúrgica da lesão periapical refratária e não cicatrizante e deve ser vista como uma extensão do tratamento endodôntico e não como uma entidade separada”. Sendo assim, devem ser considerados os fatos de que o tratamento endodôntico convencional precisa ser sempre a primeira escolha em casos em que há inflamação irreversível da polpa ou doenças perirradiculares. Caso o tratamento de canal for mal realizado, esse não é um motivo de indicação da cirurgia endodôntica (POP, 2013).

Nessas cirurgias, podem ser utilizados diferentes tipos de retalhos, sendo o triangular o mais utilizado. Além disso, esses são escolhidos de acordo com a região em que será realizado o acesso cirúrgico (CARLESSO e SANTOS, 2019).

2.2 INDICAÇÕES

As indicações para a realização da cirurgia parentodôntica incluem o reparo de iatrogenias como, por exemplo, a retirada de material obturador extravasado ou instrumento fraturado (exemplo limas); casos nos quais a lesão não tenha desaparecido, mesmo após a realização do retratamento endodôntico; quando não for possível a realização de retratamento; se houver suspeita de lesões mais graves ou, até mesmo, malignas, em que é necessário a realização de biópsia para avaliação de histopatológico (CHONG e RODES, 2014).

Segundo Pavelski et. al (2016, p. 464)

Restaurações retidas por pinos irremovíveis e calcificações pulparem no terço médio e cervical também são indicações. Também é citado que casos em que o tratamento inicial se torna duvidoso, perfurações radiculares e presença de corpos estranhos no tecido periapical também se tornariam indicações desse tipo de procedimento.

Outras indicações podem ser citadas, como anatomia alterada fisiológica ou patologicamente em que é impossibilitado a realização do tratamento endodôntico convencional; casos de trauma dentoalveolar ou perfurações também são algumas das indicações (POP, 2013).

2.3 CONTRA INDICAÇÕES

As contra-indicações gerais de cirurgia endodôntica incluem: pacientes com doenças sistêmicas ou psicológicas descompensadas e falta de capacidade do profissional (CHONG e RODES 2014); quando não for possível a realização de retratamento; casos em que o dente está condenado; quando houver envolvimento de nervos importantes ou a falta de acesso cirúrgico (POP 2013).

Indicações da Cirurgia Parentodôntica:	Contra-indicações da cirurgia Parentodôntica:
Instrumentos fraturados	Paciente com doença sistêmica descompensada
Fraturas do terço apical ou da raiz	Falta de habilidade do profissional
Material obturador extravasado	Dentes condenados para exodontia

Lesões periapicais que não regridem após tratamento endodôntico	Pacientes com má higiene e suporte periodontal inapropriado
Suspeitas de lesões malignas (biópsia)	Envolvimento de feixe vasculonervoso
Bifurcações ou curvatura severa da raiz	Possibilidade da realização de retratamento endodôntico

Fonte: POP (2013) e CHONG e RODES (2014).

3 MODALIDADES DA CIRURGIA PARENDODÔNTICA

Conforme Bramante e Berbert (2000, p. 1):

Diversas são as denominações dadas às cirurgias, tais como apical, radicular, endodôntica, perirradicular, etc., sendo que a denominação paraendodôntica é a mais abrangente e o termo, segundo Kuttler, é o que envolve a região periapical, zona perirradicular e regiões adjacentes, para as quais, às vezes, se estendem as complicações endodônticas.

Variadas são essas cirurgias e cada uma possui uma indicação específica para cada caso, sendo denominadas: drenagem cirúrgica; curetagem perirradicular; apicoplastia e apicetomia; cirurgia com obturação simultânea do canal; obturação retrógrada; retroinstrumentação com retrobturação; retroinstrumentação com retrobturação e obturação retrógrada; canalização; odontosecção; rizectomia; cirurgia dos cistos radiculares; reimplantação intencional e transfixação (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.1 DRENAGEM CIRÚRGICA

As infecções odontogênicas são, inicialmente, de origem dental e de tecidos de suporte, mas que, também, podem acometer espaços faciais. Possuem rápida evolução, etiologia múltipla e podem acabar levando o paciente a um quadro de sepse e/ou a óbito (FONSECA et al., 2020). O sistema imune é fundamental para o combate de qualquer infecção e, caso o paciente apresente alguma comorbidade, isso pode diminuir a resistência do hospedeiro contra essa patologia (PETERSON et al., p. 1285). Pacientes imunossupressores, portadores de diabetes mellitus descompensada ou alcóolatrás possuem mais propensão ao agravamento dessa doença. (FONSECA et al., 2020). O procedimento de drenagem cirúrgica

tem como objetivo, por meio de uma incisão, eliminar as bactérias dessas infecções presentes nos tecidos através da drenagem e desbridamento ou remoção de restos necróticos para que haja um melhor fluxo sanguíneo na região favorecendo a atuação de antibióticos e a atuação do sistema imune do indivíduo (SCHULER, 2020).

Como atestado por Bramante e Berbert (2000, p. 55):

Os abscessos dentoalveolares de origem endodôntica apresentam três fases distintas: inicial ou periapical; em evolução ou intra-óssea, e evoluída ou submucosa. A primeira e a segunda fases não oferecem condições de ser drenadas via mucosa ou cutânea, e as tentativas devem ser feitas procurando a drenagem via canal. Já na fase evoluída ou submucosa, a coleção purulenta apresenta-se acumulada em um local que poderá ser atingido por meio de incisão.

Essa drenagem pode ser feita intra ou extra bucal. A intra bucal é realizada quando o edema está dentro da cavidade oral e a colocação de dreno depende do esvaziamento completo da secreção, ou não. Já a extra bucal é realizada quando o abscesso se encontra em planos anatômicos mais profundos e a colocação de dreno, nesse caso, é essencial para que ocorra a drenagem completa (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.2 CURETAGEM PERIRRADICULAR

A curetagem perirradicular é realizada caso, no tecido conjuntivo periapical, esteja presente uma lesão inflamatória que pode ser encontrada de forma crônica ou aguda (ORSO e FILHO, 2006). Esse procedimento dá a possibilidade de retirar corpos estranhos e tecidos patológicos da região apical para que o processo de reparo que, antes estava interrompido, volte a acontecer. (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

Em casos de lesão perirradicular e necrose pulpar, ocorre o desenvolvimento de um biofilme de bactérias que, geralmente, através do procedimento de tratamento endodôntico e medicações convencionais, não pode ser eliminado e a curetagem periapical é o procedimento indicado para a eliminação completa desse biofilme (SCHULER, 2020). Além disso, é indicado para a resolução de periapicopatias crônicas e para a remoção de cimentos obturadores extravasados, cones de guta percha, instrumentos fraturados, entre outros na região periapical.

Esse procedimento consiste, basicamente, na curetagem, porém, para a remoção de guta percha, indica-se que ela deva ser cortada com um instrumento aquecido e condensada para dentro do canal para que fique melhor ajustada. Após a curetagem, é indicado, também, a plastia apical (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.3 APICOPLASTIA E APICECTOMIA

A apicoplastia consiste, basicamente, no desgaste da parte final da raiz. Já a apicectomia é o corte e a remoção cirúrgica da porção apical da raiz de um dente (BRAMANTE e BERBERT, 2000). É indicada para reabsorções e perfurações apicais, quando não se é possível acessar o ápice devido a calcificações, desvio de instrumentação, curvaturas, degraus em dentes com lesões, remoção de instrumentos fraturados e deltas apicais (SHULER, 2020).

Esse procedimento pode ser, ou não, acompanhado da obturação retrógrada e é indicado que a ressecção apical deva ser de, pelo menos, 1/3 para que não haja possibilidade de permanecer tecido infectado na zona curetada (ORSO e FILHO, 2006). Para a realização da apicectomia, deve-se avaliar três fatores: quando, quanto e como cortar. Será decidido quando através das indicações e contra-indicações; o corte será realizado com uma broca tronco-cônica, cortando de distal para mesial o mais perpendicularmente possível, trespassar a raiz de vestibular para lingual e de distal para mesial, o corte deve ser uniforme e contínuo lembrando sempre de manter a broca refrigerada por meio da irrigação constante com soro fisiológico. Deve-se sempre alisar a superfície de corte com limas tipo Bramante e arredondar as arestas com limas EVA da Kavo.

Ajustar a obturação com plastificação e condensação da guta-percha para dentro do canal; deve ser cortada o mínimo possível, sempre envolvendo a área com tecido infectado e/ou área acidentada e ter sempre cuidado com estruturas próximas, como seio maxilar e forame mentoniano (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.4 CIRURGIA COM OBTURAÇÃO SIMULTÂNEA DO CANAL

Este procedimento está indicado para casos em que há uma ampla área de lesão periapical crônica, presença de exsudato persistente que não regride após diversas trocas de

MIC com hidróxido de cálcio e em locais onde também já foram aplicadas terapias utilizando antibiótico sistêmico que não obteve sucesso (GUIMARÃES et al., 2006).

Ele consiste na obturação do canal radicular durante o ato cirúrgico. Com uma lima tipo Kerr, realiza-se movimentos de alargamento com o propósito de arredondar o forame para que seja possível a adaptação da guta-percha, que será escolhida e colocada de modo que ultrapasse superficialmente o ápice. Deve-se irrigar o canal com soro fisiológico, utilizar cimentos obturadores de presa rápida, cortar e condensar a guta na região cervical e apical (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.5 OBTURAÇÃO RETRÓGRADA

A obturação retrógrada corresponde, simplesmente, à etapa de obturação no ato da cirurgia (podendo ser de apicectomia ou outra), utilizando cimento retrobturador introduzido no canal radicular (TRAVASSOS et. al., 2020). São realizados o preparo e a obturação do canal radicular, através da exposição do ápice dental, ou seja, da remoção da parte apical da raiz (GONÇALVES, 2002).

A técnica clássica compreende efetuar um corte em formato de bisel na raiz do dente, delinear o canal radicular e realizar sua obturação. Na técnica de Nicholls, tem-se a execução do preparo através do vestibular do dente, próximo ao ápice, a obturação e, por último, a realização do corte da raiz. Para ambas as técnicas, as indicações e contraindicações são as mesmas. O material utilizado neste procedimento deve promover o selamento dos canais e os mais indicados para a utilização são: EBA, super EBA, MTA e óxido de zinco e eugenol (BRAMANTE e BERBERT, 2020).

3.6 RETROINSTRUMENTAÇÃO COM RETROBTURAÇÃO

Em 1974, Soltanoff preconizou que pudesse ser executado o procedimento de instrumentação via apical pela realização de apicectomia (retroinstrumentação), e, após realizar a obturação retrógrada do sistema de canais radiculares (retrobturação) (GONÇALVES, 2002).

A obturação é feita com guta-percha juntamente com cimento obturador, preferencialmente o de presa rápida. Após expor o ápice, e, com uma lima tipo Kerr, realizar

os movimentos de cateterismo e limagem, com o objetivo de preparo e alargamento do canal para posterior obturação e condensação com guta-percha de apical para cervical (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.7 RETROINSTRUMENTAÇÃO COM RETROBTURAÇÃO E OBTURAÇÃO RETRÓGRADA

Nesse procedimento, basicamente, é feita a retroinstrumentação e retrobturação, juntamente com a obturação retrógrada utilizando a técnica clássica, porém como benefício, pode-se reparar alguma imperfeição que possa ter acontecido na retrobturação (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.8 CANALIZAÇÃO

A parede vestibular do elemento é retirada e será confeccionada uma canaleta com brocas tronco-cônicas equivalentes ao tamanho da luz do canal ou da abertura e essa canaleta será preenchida com material retrobturador (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

Está indicada para casos de perfuração em forma de rasgos e desvio acentuado de instrumentação (GONÇALVES, 2002).

3.9 ODONTOSECÇÃO OU HEMISECÇÃO

Corresponde na secção de um elemento dentário ao meio (no sentido longo eixo do dente), onde pode ser optado por manter ou por remover a parte seccionada (BRAMANTE e BERBERT 2000).

Nesses casos, a coroa é seccionada juntamente com a raiz, fazendo com que, por exemplo, um molar acabe se tornando em um pré-molar (SCHULER, 2020).

3.10 RIZECTOMIA

Também chamada de amputação radicular, a rizectomia pode ser realizada em dentes multirradiculares, onde corresponde na remoção de uma das raízes e na manutenção da coroa desse dente. Esse procedimento necessita que o elemento em questão tenha o tratamento endodôntico tratado antes da realização da cirurgia (BAHIA, 2018).

A diferença desse procedimento para o de odontosecção compreende que, nesta técnica, a coroa do dente se encontra em boas condições e apenas sua raiz apresenta complicações ou em casos nos quais os dentes são pilares de prótese (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.11 CIRURGIA DOS CISTOS RADICULARES

O cisto radicular constitui em uma lesão inflamatória que se origina no epitélio do ápice de um dente que não possui vitalidade (JUNQUEIRA et. al., 2011). O epitélio se origina através de restos epiteliais de Malassez que são resíduos da bainha de Hertwig.

Geralmente, essas células ficam presentes na região do ligamento peridodotal de um elemento dentário sem causar problema algum, mas a partir de uma doença periodontal ou necrose pulpar essa lesão pode vir a ocorrer (NEVILLE et al., 2016).

É uma lesão assintomática que, geralmente, é descoberta através de radiografia, porém possui crescimento lento e contínuo, podendo atingir corticais ósseas causando seu abaulamento e deslocando dentes vizinhos e, nesses casos, causar sintomatologia dolorosa (JUNQUEIRA et. al., 2011). Esses cistos podem ser de dois tipos: cisto baía que possui junção à luz de canal, podendo ter sua regressão se o tratamento endodôntico convencional for realizado; cisto residual, que não tem conexão com a área apical e o tratamento endodôntico não resultará em sua melhora. O tratamento consiste em descompressão, enucleação e marsupialização (por sutura ou tamponamento) na qual, cada uma possui indicações específicas (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

3.12 REIMPLANTAÇÃO INTENCIONAL

Esse tratamento será realizado após todas as outras opções terem falhado. Será efetuada a exodontia de forma mais cuidadosa e serão feitos os procedimentos de apicectomia, retropreparação e retro-obturação com o dente fora da boca e ele será recolocado

em posição no alvéolo dentário. Para que esse tratamento tenha sucesso, os tecidos do periodonto devem estar saudáveis, o paciente não deve relatar sintomatologia dolorosa e o tempo para que o dente seja reimplantado deve ser imediato (ANDRADE, 2020). Após realizada a correção da iatrogenia, o dente deve ser reposicionado no alvéolo e fixado através de uma contenção com fio de nylon nº 100, que deve ser mantida durante 15 dias. O paciente deve ser informado, antes da realização desse procedimento, que pode acontecer de haver a perda do elemento dentário ou sua reabsorção.

É indicado para casos de reabsorções das raízes e perfurações em que não se é possível acessar através da endodontia ou cirurgia (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

Apesar de ser realizada em última opção, essa técnica tem uma taxa de sucesso de 85% e está sendo cada vez mais realizada, já que, atualmente, o enfoque está na manutenção de elementos dentários no sistema estomatognático (RIVEREAU, 2021).

3.13 TRANSFIXAÇÃO

Nesse procedimento alarga-se o canal e, envolto com cimento endodôntico, um pino confeccionado de titânio é inserido trespassando o ápice. Utilizando um martelo, implanta-se o pino fazendo-o atingir um osso cortical, corta-se a coroa do dente e a câmara pulpar é selada com resina (BRAMANTE e BERBERT, 2000).

4 CIRURGIA PARENDODÔNTICA E EXODONTIA

Está descrito na literatura que lesões inflamatórias periapicais são decorrentes da inflamação pulpar e que essa deve ser solucionada através da endodontia ou exodontia (ORSO e FILHO, 2006).

Esses cistos não possuem recidiva e a formação óssea ou de tecido fibroso cicatricial é relatada, caso seja realizado o tratamento adequado. O tratamento considerado ideal é a enucleação cirúrgica e a exodontia ou o tratamento endodôntico associado de apicectomia (DANTAS et. Al., 2014).

A exodontia consiste na extração do órgão dentário e esta deve ser realizada quando houver indicação, como em casos de ampla destruição coronária por cárie, fraturas do terço médio e da raiz, doença periodontal e quando não se é possível a manutenção desse dente em

boca através de outro procedimento menos invasivo. Para ser realizada, também, deve-se ter um planejamento protético definido, oferecendo opções de reabilitação possíveis para o caso, de forma que não seja retirada a função, a estética e a oclusão do paciente. Para serem realizadas, as extrações necessitam de incisões, movimentos com alavancas e fórceps para garantir a ruptura das fibras colágenas, fratura da tábua óssea vestibular ou expansão óssea e, assim, sendo possível que o dente saia do alvéolo onde está inserido. Essas exodontias convencionais possuem diversos benefícios e sucessos, porém esta é considerada um procedimento traumático (MANINI, 2016).

Já as cirurgias parendodônticas necessitam de um acesso cirúrgico, contudo, são realizadas levando em conta a resolução do problema, como a tentativa de manutenção e preservação do elemento dentário em sua função no sistema estomatognático. Além disso, não traumatizam da mesma forma a tábua óssea, como na exodontia, e evitam que seja necessária uma posterior reabilitação do paciente, ou caso já possua uma reabilitação com coroa e pino intrarradicular bem adaptados. Sendo assim, sempre que possível deve ser lançado mão dessas cirurgias como tentativa de tratamento antes de se optar pela extração dentária (DANTAS et. Al., 2014).

5 DISCUSSÃO

Dentre todas as modalidades da cirurgia parendodôntica, encontram-se a apicectomia e apicetomia associadas à obturação retrógrada. A discussão aborda essas duas técnicas pois se tratam das técnicas mais utilizadas entre as cirurgias parendodônticas (LODI et. Al., 2007)

A cirurgia de apicectomia pode ser realizada de diferentes maneiras e é capaz de eliminar deltas apicais que possuem tecido necrótico ou que estejam contaminados. É utilizada em diversos casos, incluindo dentes em que já foram realizados tratamento endodôntico ou quando há retentor intrarradicular presente, podendo ser, ou não, associada à obturação retrógrada (LUFT, 2018).

Também, é relatado, na literatura, que esse procedimento de escolha, caso for bem indicado, realizado e sucedido, promove reparo e possibilita a reabilitação protética dependendo do caso (DANTAS et. al., 2014)

Carlesso e Santos (2019) escolheram a apicectomia como tratamento para o caso clínico 1 do dente 13, que apresentava lesão radiolúcida, onde a hipótese diagnóstica era de periodontite apical crônica. Esse dente possuía, também, pino metálico intrarradicular e

tratamento endodôntico já realizado anteriormente. A apicectomia foi realizada sem obturação retrógrada e foram utilizados retalho de Wassmund, aumento do sítio cirúrgico com ponta diamantada 1014, remoção completa do tecido com curetas periodontais e cureta de Lucas, e, com a ponta diamantada 3195, foi realizada a apicectomia no sentido mesio-distal formando um ângulo de 90°. A preservação foi feita com radiografias periapicais e depois de 9 e 15 meses da realização da cirurgia foi constatado regressão significativa da lesão.

Lodi et. al (2007) utilizaram a apicectomia para intervenção dos dentes 11, 21 e 22 que apresentavam dor a palpação na região apical dentária e pinos intrarradiculares com coroas metalocerâmicas bem adaptadas. Além de lesões em região periapical de todos esses dentes, o dente 11 possuía fístula e tratamento endodôntico insatisfatório. A cirurgia foi realizada através do retalho Oschsenbein-Luebke, osteotomia com broca 151 e curetagem das lesões com cureta de dentina 17/18. No dente 11, foram realizadas a apicectomia e a retrobturação retrógrada com MTA, sendo removida 2mm de ápice. No dente 21, também, foi realizada a remoção de 2mm de ápice pela apicectomia e, por apresentar tratamento endodôntico satisfatório, não foi realizada a retrobturação. Já no dente 22, a apicectomia foi realizada juntamente à retroinstrumentação e à retrobturação com MTA, utilizando uma lima tipo K 25. O controle foi feito após 1, 5 e 11 meses de cirurgia. A regressão da lesão se iniciou a partir do 5º mês e com 11 meses foi possível visualizar cicatrização e regressão completa.

Luft (2018) optou pela cirurgia de apicectomia para o caso de provável extensa lesão periapical em região anterior de maxila. Os dentes 11 e 12 apresentavam fístula recorrente, edema e sintomatologia dolorosa que desapareciam com o uso de antibióticos juntamente com extensa lesão compatível com cisto periapical em ambos os dentes com tratamento endodôntico realizado. O dente 12 possuía prótese fixa e pino intrarradicular bem adaptados e devido a isso, nesse dente, foi realizada a enucleação da lesão e a apicectomia com obturação retrógrada selando a cavidade com MTA. Após o procedimento realizado, a peça foi encaminhada ao exame histopatológico e o diagnóstico foi de granuloma abscedado. O paciente relatou desaparecimento total de sensibilidade, fístula e edema, e, com o acompanhamento radiográfico, realizado a cada 4 meses, viu-se que o reparo ósseo com áreas radiopacas no local da lesão iniciou formação nessa região.

Segundo Travessos et. al (2020), no dente 13, encaminhado para tratamento endodôntico, houve uma complicação de insucesso na localização do canal devido à calcificação e, na radiografia, foi observada, também, lesão perirradicular crônica e reabsorção externa do terço apical. O tratamento de escolha para esse caso foi utilizado com

retalho de Neumann, utilização de lima K de número #50 para ajudar na localização da lesão, com uma broca Zecrya foi feito o acesso à lesão, curetagem com curetas Gracey 17/18 e apicectomia de 2 mm da raiz. A cavidade foi feita 4mm com broca esférica, a obturação retrógrada feita com MTA. Relatou que esse procedimento foi a melhor escolha devido ao dente apresentar calcificação e lesão periodontal, sendo possível o selamento apical para eliminar a contaminação da região.

Conforme Dantas et. al (2014) relatou em seu caso, utilizou a apicectomia com obturação retrógrada para tratamento de cisto radicular com proliferações epiteliais semelhantes ao tumor odontogênico escamoso. A paciente chegou relatando que há 3 anos havia realizado um tratamento de cisto em pré-maxila direita que não obteve sucesso, a terapêutica de escolha havia sido tratamento endodôntico dos dentes 11, 12, porém, a lesão não regrediu e acabou progredindo com sintomatologia dolorosa e abaulamento das corticais palatinas e de assoalho de fossa nasal. Após os exames, os procedimentos de intervenção escolhidos foram a realização do tratamento endodôntico do dente 13 e retratamento dos dentes 11, 12 seguido de enucleação utilizando a incisão de Neumann modificado na distal do dente 23 e incisão relaxante na mesial do dente 16, onde cisto foi curetado com cureta periodontal, apicectomia realizando um corte oblíquo de 3mm com broca multilaminada e obturação retrógrada com MTA. O acompanhamento foi realizado durante um ano em clínica e radiograficamente obteve sucesso havendo neoformação óssea e regressão da lesão.

6 CONCLUSÃO

A cirurgia parentodôntica apresenta-se como alternativa para casos em que o tratamento endodôntico não foi efetivo ou para tratamento de lesões e infecções sendo que cada modalidade possui uma indicação específica. As modalidades cirúrgicas apicectomia ou apicectomia, com obturação retrógrada, garantem um reparo ósseo e tecidual além da regressão da lesão, sendo eficazes para diversos casos, como lesão periapical extensa, dentes que possuem pinos e coroas bem adaptados, cisto radicular e glaucomas.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Jannine Barreto. **Retratamento endodôntico com cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico.** 2019. Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira BA, 2019.
- ANDRADE, Joana Pereira. **Reimplante Intencional.** 2020. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Instituto Universitário de Ciências da Saúde, CESPU, Gandra, 2020.
- AZAMBUJA, Taís Weber Furlanetto 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.
- BAHIA, Rafael Ribeiro. **AMPUTAÇÃO RADICULAR DA RAIZ MÉSO-VESTIBULAR PARA PROSERVAÇÃO DO DENTE 26: ESTUDO DE CASO CLÍNICO.** 2018. Monografia (Especização em Endodontia) – FACSETE, Faculdade Sete Lagoas, Belo Horizonte, 2018.
- BRAMANTE, Clovis Monteiro; BERBERT, Alceu. **Cirurgia Paraendodôntica.** 1 edição. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2000.
- CAMARGOS, Felipe da Mata et al. **Infecções odontogênicas complexas e seu perfil epidemiológico.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.16, n.2, p. 25 - 30, abr./jun. 2016 Brazilian Journal of Oral and Maxillofacial Surgery – BrJOMS.
- CARLESSO, Fernanda; SANTOS, Vanessa Senna dos. **Cirurgia paraendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional.** 2019. Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.
- CHONG, B. S.; RHODES, J. S. **Endodontic Surgery.** British Dental Journal 2014; 216: 281-290.
- DANTAS, Renata Moura Xavier et al. **Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso.** Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac., Camaragibe v.14, n.3, p. 21-26, jul./set. 2014.
- FAGUNDES, Rafael Bainy et al. **Cirurgia paraendodôntica: uma opção para resolução de perfuração radicular – apresentação de caso clínico.** Rev Odontol UNESP, Araraquara. set./out., 2011; 40(5): 272-277.
- FONSECA, Eduarda Lapenda Gomes da et al. **Infecções odontogênicas, da etiologia ao tratamento: uma revisão da literatura.** Brazilian Journal of Development Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 7, p.44396-44407 jul. 2020.
- GONÇALVES, Silvana Beltrami. **AValiação “IN VITRO” DA CAPACIDADE SELADORA DO SUPER-EBA E DO MTA EM QUATRO TÉCNICAS DE OBTURAÇÃO RETRÓGRADA.** 2002. Dissertação (Mestrado em Odontologia área de Endodontia) – Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, 2002.

GUIMARÃES, Karis Barbosa et al. **Cirurgia paraendodôntica com obturação simultânea dos canais radiculares: relato de caso clínico.** R. Ci. méd. biol., Salvador, v. 5, n. 2, p. 188-194, mai./ago. 2006.

JR, José Freitas Siqueira et al. **Princípios biológicos ao tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular.** Rev. Bras. Odontol. vol.69 no.1 Rio de Janeiro Jan./Jun. 2012.

JUNQUEIRA, Rafael Binato et al. **Tomografia computadorizada de feixe cônico como instrumento complementar de diagnóstico e planejamento cirúrgico de cisto radicular: relato de um caso clínico.** Rev Odontol UNESP, Araraquara. nov./dez., 2011; 40(6): 338-343.

KORCHAK, Gislaine. **CIRURGIA PARENDODÔNTICA: UMA OPÇÃO AO INSUCESSO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO CONVENCIONAL - REVISÃO DE LITERATURA.** 2021. Monografia (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Uniguairacá, Guarapuava, 2021.

LIN, L. M.; GAENGLER, P.; LAGELAND, K. **Periradicular curettage.** International Endodontic Journal {1996} 29. 220-22.

NEVILLE, Brad W et al. **Patologia Oral e Maxilofacial.** 3ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier Editora Ltda, 2009.

LODI Leticia Marchetti et al. **Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico.** Revista Sul-Brasileira de Odontologia.

LUCKMN, Guilherme; DORNELES, Laura de Camargo; GRANDO, Caroline Pietroski. **ETIOLOGIA DOS INSUCESSOS DOS TRATAMENTOS ENDODÔNTICOS.** Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI ISSN 1809-1636.

LUFT, Mariana Roberta. **REMOÇÃO DE LESÃO PERIAPICAL, APICECTOMIA E RETRO-OBTURAÇÃO COM MTA.** 2018. Dissertação (Graduação em Odontologia) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2018.

MANINI, Gustavo Antonio. **Exodontia convencional e exodontia minimamente traumática: aplicações, benefícios e limitações.** 2016. Monografia (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

MENDONÇA, Dannilo Wiklymber Roldao; CONCEIÇÃO, Helinaldo Corrêa da; MARTINS, Valber Barbosa; LIMA, Karoline Araújo. **Tratamento cirúrgico de cisto radicular em maxila: relato de caso.** Arch Health Invest (2017) 6(8):363-370.

NETO, Marcos Martins; DANESI, Cristiane Cademartori; UNFER, Daniele Taís. **CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO CISTO RADICULAR: REVISÃO DA LITERATURA.** Saúde, Vol. 30 (1-2): 90-99, 2004.

ORSO, Vanderlê de Arlete; FILHO, Manoel Sant'Ana. **Cirurgia Paraendodôntica: quando e como fazer.** R. Fac Odontol. Porto Alegre, Porto Alegre, v. 47, n.1, p. 20-30, abr 2006.

PAVELSKI, Maicon Douglas et al. **Paraendodontic surgery: case report.** Rev Gaúch. Odontol. 64 (04) • Oct-Dec 2016.

POP, L. **Oral surgery: part 2. Endodontic surgery.** BRITISH DENTAL JOURNAL VOLUME 215 NO. 6 SEP 28 2013

RIVEREAU, Louis Maxence. **Reimplante intencional em Endodontia: revisão narrativa.** 2021. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciência da Saúde Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2021.

SAMPAIO, Luis Otávio Tápia Guzmán. **Cirurgia parentodôntica: técnicas e materiais utilizados – uma revisão de literatura.** 2021 Monografia (Graduação em Odontologia) – Centro Universitário Uniguairacá, Guarapuava, 2021.

SHULER, Marcela, Possebom. **CIRURGIA PARENDODÔNTICA: MODALIDADES CIRÚRGICAS.** 2020. Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade de Rio Verde (UniRV), Rio Verde-GO, 2020.

TRAVASSOS, Rosana Maria Coelho et al. **Apicectomia e obturação retrógrada de dente com calcificação radicular interna: relato de caso.** Research, Society and Development, v. 9, n.9, e327997390, 2020.