

REGRESSÃO DE LESÃO PERIAPICAL EXTENSA DECORRENTE DE NECROSE PULPAR MEDIANTE TRATAMENTO ENDODÔNTICO – RELATO DE CASO

RETENTION OF PERIAPICAL EXTENSIVE LESION FROM PULP NECROSIS THROUGH ENDODONTIC TREATMENT - CASE REPORT

KAIO NUNES **GOES**. Discente do curso de Odontologia – Uningá.

POLYANE MAZUCATTO **QUEIROZ**. Docente do curso de Odontologia – Uningá.

Rod PR 317, 6114, CEP 87035-510, Maringá-PR. E-mail: prof. polyanequeiroz@uninga.edu.br

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de descrever o relato de caso de lesão periapical extensa, demonstrando que a completa remoção do fator causal por meio de tratamento endodôntico pode ser suficiente para obter êxito, tornando desnecessário a intervenção cirúrgica. O relato apresenta o caso de uma paciente, gênero feminino, 58 anos que apresentou alteração endodôntica originada de uma desordem inflamatória dos tecidos periapicais de origem endodôntica nos dentes 31 e 41. Clinicamente a lesão aparentou estar associada a lesão cáriosa e/ou lesão recidivante. O tratamento foi fundamentado na eliminação do agente agressor mediante ao tratamento endodôntico mecânico e químico como primeira alternativa a fim de evitar a necessidade da intervenção cirúrgica preservando os tecidos Peri adjacentes ao dente.

PALAVRAS-CHAVE: Necrose Pulpar. Periodontite Apical. Tratamento Endodôntico.

ABSTRACT

This work was developed with the purpose of describing the case of extensive periapical lesion, demonstrating that the complete removal of the causative factor by means of endodontic treatment may be sufficient to obtain result, making it dispensable surgical intervention the report presents the case of a female patient, 58 years that presented endodontic alteration originated of an inflammatory disorder of the periapical tissues of endodontic origin in the teeth #24 and #25. Clinically the lesion appeared to be associated with carious lesion and/or recurrent lesion. The treatment was based on the elimination of the aggressive agent through mechanical and chemical endodontic treatment as a first alternative in order to avoid the need for surgical intervention.

KEYWORDS: Pulp Necrosis. Apical Periodontitis. Endodontic Treatment.

INTRODUÇÃO

A necrose pulpar é uma alteração fisiológica, que ocorre quando funções de vitalidade da polpa dental são interrompidas, dando início a um processo de degeneração tecidual. Essa degeneração pode ser asséptica ou séptica. A degeneração asséptica normalmente é originada de um trauma; nesse caso a

decomposição tecidual é tão rápida, devido à perda de nutrição, que nem chega a se estabelecer uma inflamação (KIRCHHOFF et al., 2013). A degeneração séptica ocorre quando o tecido pulpar debilitado não apresenta resistência necessária ao agente agressor, tendo como consequência a necrose devido à proliferação bacteriana (PASSOS, 2014).

Pode-se classificar a necrose pulpar em: Necrose de liquefação, resultada por enzimas hidrolíticas de neutrófilos em combate ao agente agressor; Necrose de Coagulação, gerada de lesão traumática por ruptura de feixe vasculonervoso cessando a nutrição do tecido; e a Necrose Gangrenosa, em que ocorre o rompimento do feixe vasculonervoso, seguida de uma infecção por bactérias promovendo liquefação do tecido pulpar (RÔÇAS et al., 2015).

O tipo mais comum de necrose pulpar é a de liquefação, geralmente assintomática devido à perda fisiológica da condução nervosa por necrose, entretanto, pode-se encontrar casos em que apresenta sintomatologia como de necrose parcial em que a bactéria ainda não atingiu o ápice, ou com a contaminação dos tecidos perirradiculares que em quadros agudos apresentam sintomatologia dolorosa. O dente apresenta-se escurecido e cavitado/destruído devido a cárie (RÔÇAS et al., 2015).

A causa mais comum de necrose do tecido pulpar é a de liquefação em que posteriormente há uma dissolução química coronária. As toxinas bacterianas em combate com as defesas do tecido pulpar constituem um conteúdo séptico e necrótico (KIRCHHOFF et al., 2013). À medida que a infecção bacteriana percorre pelo conduto radicular, sentido ao forame apical, inicia-se o processo de contaminação dos tecidos perirradiculares, podendo causar reabsorção óssea que caracteriza a Periodontite Apical. Em alguns casos, este tecido pode ser afetado até mesmo antes de a contaminação atingir o forame apical. (RÔÇAS et al., 2015). A Periodontite Apical é uma alteração originada de uma desordem inflamatória dos tecidos periapicais de origem endodôntica (KIRCHHOFF et al., 2013). Clinicamente a Periodontite pode estar associada a lesão cariiosa e/ou lesão recidivante (RÔÇAS et al., 2015).

O diagnóstico da Periodontite Apical pode ser obtido por meio de aspectos clínicos, exames de imagem, testes de sensibilidade pulpar e testes perirradiculares. Os aspectos clínicos podem ser caracterizados pelo escurecimento coronário e não apresenta sintomatologia na maioria dos casos. Radiograficamente, a periodontite se caracteriza por uma imagem radiolúcida circular ou ovalada, na região de ápice do dente em questão há o comprometimento da integridade da lâmina dura, caracterizando a lesão apical. Os testes de sensibilidade pulpar baseiam-se em frio e quente, normalmente, o dente acometido pela periodontite apical, não apresenta sensibilidade ao frio e raramente responde ao quente, devido às fibras do tipo C que ainda podem responder ao estímulo, por apresentar maior resistência a hipóxia tecidual. A percussão vertical em casos agudos é positiva; já a palpação nestes casos pode ou não ser positiva, pois, depende da extensão da resposta inflamatória. (KIRCHHOFF et al., 2013; RÔÇAS et al., 2015).

A periodontite apical por sua maior frequência assintomática torna-se mais difícil o diagnóstico precoce, por não causar dor ou incômodo. O paciente somente irá procurar o dentista quando o quadro agudizar e/ou fistular. Entretanto, a necrose pulpar se diagnosticada precocemente, permitiria a intervenção antes que haja danos ao tecido periodontal (BARRETO, 2015).

O reparo da periodontite apical tratados endodonticamente apresenta

melhores chances a completa cura que os tratados com cirurgias parendodônticas, apresentando 74% a 86% para tratamento endodôntico e 37% a 85% para tratamentos cirúrgicos (FRIEDMAN; MOR, 2004). Corroborando a isto, Estrela et al. (2014), relataram em seu trabalho que 3 dos 5 casos de periodontite apical com lesões de 4 mm a 8 mm tiveram cura com tratamento endodôntico, nos outros dois ocorreram diminuição de dimensões da lesão, com acompanhamento radiográfico de 10 a 36 meses e em tratamentos cirúrgicos somente 2 de 6 casos houveram cura, 3 regrediram parcialmente e 1 não houve diminuição na dimensão da lesão.

O tratamento para periodontite apical baseia-se na eliminação do agente agressor mediante ao tratamento endodôntico mecânico e químico onde a parte mecânica consiste na instrumentação dos condutos radiculares e o químico em irrigação com hipoclorito de sódio no conduto com uso de curativo de demora entre as sessões clínicas podendo ser tricresol, formocresol ou hidróxido de cálcio (GAHYVA; SIQUEIRA JÚNIOR, 2005; RÔÇAS et al., 2015).

As soluções utilizadas na desinfecção química são de extrema importância no tratamento endodôntico, pois sua ação promove uma lubrificação dos condutos para facilitar a remoção mecânica do biofilme, ajuda a remover resíduos gerados pelo atrito entre a lima e a parede do conduto, tem efeito antibacteriano pois causa a degradação dos ácidos graxos e dissolução de fosfolipídios bacterianos sem danificar os tecidos perirradiculares (ESTRELA et al., 2014).

O sucesso do tratamento endodôntico, depende da completa eliminação dos microrganismos dos condutos radiculares. Os procedimentos mecânicos e químicos envolvidos nessa etapa ocasionam um alargamento do canal, uma remodelação e limpeza dos condutos radiculares (ESTRELA et al., 2014).

Após o tratamento e medicação, os casos de lesão periapical devem ser acompanhados radiograficamente por um período de no mínimo dois anos. Caso a infecção não regrida, mas também não ocorra a progressão da lesão, pode ou não intervir cirurgicamente. Entretanto, se a lesão permanecer em expansão é necessário a intervenção cirúrgica (KIRCHHOFF et al., 2013). O presente estudo relata o caso de uma paciente com lesão periapical extensa em que foi feito como primeira escolha o tratamento endodôntico.

RELATO DO CASO

Paciente A.A, sexo feminino, 58 anos, hipertensa com hipotireoidismo e artrose. Compareceu à Clínica de Odontologia da Uningá, Maringá-PR procurando atendimento. A paciente relatou sensibilidade dentária e queria trocar restaurações antigas por motivos estéticos. Ao exame clínico, observou-se uma alteração na coloração da coroa do dente 31 e desgaste incisal associado a lesão cariada. Frente a isso, foi realizado o teste de sensibilidade pulpar com ENDO-ice (Maquira Industria de Produtos Odontológicos S.A.), obtendo resposta negativa. Foi realizada radiografia periapical dos incisivos inferiores, na qual foi constatada uma imagem radiolúcida, unilocular, formato circular, bem delimitada, na região de ápice dos dois incisivos centrais inferiores com um diâmetro de 8 mm e apresentava comprometimento da lâmina dura de ambos os dentes. O dente 41 apresentava-se clinicamente com um leve desgaste incisal associado com uma restauração classe III respondendo positivamente aos testes clínicos, radiograficamente foi possível constatar uma atresia do conduto radicular

necessitando de tratamento endodôntico devido ao seu envolvimento com a lesão periapical. Foi informado a paciente sobre o diagnóstico, condições do dente e opções de tratamento via canal. Ela concordou em assinar um formulário de consentimento informado para tratamento e uso de documentação para fins institucionais sobre o caso dela.



Figura 1- Radiografia inicial (10/05/2017).

Fonte: o autor.

O tratamento foi realizado inicialmente no dente 31 em maio de 2017 devido ao grau de comprometimento do mesmo com a lesão simultânea ao seu diagnóstico, foi realizado a abertura coronária, exploração do conduto radicular no CAD (Comprimento Aparente do Dente) -4 com lima tipo K #15, odontometria seguida de curativo de demora vedando a entrada dos condutos radiculares com um tampão a base de formocresol, e a coroa foi restaurada com obturador provisório Coltosol- Coltene e Cimento Ionomérico de Vidro endodôntico com a obturação do canal radicular com cone de Guta Percha e cimento endodôntico Endofil (DENTSPLY, Pirassununga - SP).



Figura 2- Radiografia realizada 1 semana após o tratamento endodôntico do elemento 31 (31/05/2017).

Fonte: o autor.

O tratamento do dente 41 seria postergado para o controle de 3 meses devido ao enfoque principal que foi a remoção de fator causal correspondente ao dente 31 somado a mineralização parcial do conduto radicular o dente 41 e clinicamente não estar necrosado respondendo aos testes clínicos confirmando a possibilidade de ser tratado em um segundo momento.

No acompanhamento trimestral, observou-se uma pequena redução da lesão apical, entretanto ainda não era o resultado esperado.



Figura 3- Controle radiográfico após três meses de tratamento do elemento 31 (09/08/2017)
Fonte: o autor.

Portanto, tornou-se necessário realizar o tratamento endodôntico do dente 41. O tratamento endodôntico foi realizado com as mesmas etapas realizadas para o tratamento do dente 31.



Figura 4- Radiografia realizada após o tratamento endodôntico do elemento 41 (16/08/2017).
Fonte: o autor.

Após três meses no controle semestral do dente 31 foi realizado exame radiográfico onde foi observado uma regressão da lesão.

Radiograficamente, observou-se uma área com característica de neoformação óssea indicando o provável sucesso do tratamento endodôntico, eliminando a indicação de cirurgia para este caso.



Figura 5- Controle radiográfico semestral (01/11/2017).

Fonte: o autor.



Figura 6- Controle radiográfico (28/02/2018)

Fonte: o autor.

DISCUSSÃO

É de conhecimento comum que alterações periapicais origina-se de alterações patológicas pulpares sendo elas de origem traumática ou bacteriana. Portanto, a eliminação do agente agressor presente nos condutos radiculares, cria um ambiente propício para o reparo de uma lesão cística ou granulosa. Tal reparo se torna mais evidente executando a patência apical que consiste na instrumentação do ápice ultrapassando-o 1 milímetro com intenção de remover resquícios de tecido contaminado ou até mesmo desorganizar um possível granuloma apical facilitando o reparo (BUCHANAN 1999; RÔÇAS et al., 2015).

O diagnóstico em Endodontia é sempre dado como “diagnóstico provável” devido a sua complexidade de identificar o que não está visível ao olho humano apenas com achados e manifestações clínicas, ao mesmo tempo não busca uma exatidão quanto as alterações patológicas existentes. Diante disto é de competência do profissional Cirurgião Dentista (CD), associar os achados clínicos para determinar a intervenção mais indicada para o caso (MACHADO et al., 2016).

A hierarquia no tratamento deve ser respeitada. Portanto o tratamento endodôntico deve ser realizado respeitando o quanto o tratamento é invasivo, assim deve-se planejar intervenções considerando uma sequência do tratamento menos invasivo para o mais, se necessário. Considerando esse

raciocínio, a primeira opção terapêutica para periodontite apical assintomática deve ser o tratamento endodôntico seguido de acompanhamento radiográfico (KIRCHHOFF et al., 2013). Tal conduta mais conversadora foi a intervenção que preconizamos no caso clínico apresentado.

Dando sequência, Machado et al. (2016) acrescentam, quando necessário, o retratamento endodôntico, eliminando as chances de o insucesso ser de origem do processo mecânico endodôntico; e somente após um período de dois anos avaliar a necessidade de intervenção cirúrgica.

No entanto, na literatura observa-se controvérsias em relação as condutas adotadas na prática clínica. Alguns autores contradizem a sequência de tratamento como o trabalho de Moraes e colaboradores (2016) que direcionaram um caso com tratamento endodôntico incompleto diretamente para cirurgia parodontológica com utilização de xenoenxerto bovino composto e coberto por membrana de colágeno, o caso se dispunha de uma lesão periapical comunicante.

O controle e/ou intervenção cirúrgica após um período de apenas dois anos da intervenção endodôntica é passível de discussão. Torabinejad et al. (2009) que acompanharam radiograficamente tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos por um período de 6 anos em média, constataram que em um período de 2 a 4 anos os tratamentos cirúrgicos obtiveram mais êxito (77,8%) comparado com o não cirúrgico (70,8%). Entretanto, a longo prazo (4 a 6 anos), os resultados encontrados são opostos, os tratamentos cirúrgicos encontram êxito de 62,9% a 71,8% dos casos quanto os não cirúrgicos aumentam para 83%. Esses autores deixam claro que um controle por um maior tempo é necessário e de extrema importância na prática clínica. Colaborando a isso, Friedman e Mor (2004) relatam que o reparo da periodontite apical tratados endodonticamente apresenta melhores chances a completa cura que os tratados com cirurgias parodontológicas, apresentando 74% a 86% para tratamento endodôntico e 37% a 85% para tratamentos cirúrgicos.

Estrela et al. (2014) concretizam a ideia de que os resultados são melhores quando a completa cura é por meio de tratamento endodôntico. Eles apresentaram cinco casos de lesões de dimensão de 4 a 8 mm, dos quais três tiveram cura com tratamento endodôntico, nos outros dois ocorreram diminuição de dimensões da lesão, com acompanhamento radiográfico de 10 a 36 meses, totalizando sucesso em 60% dos casos e 40% a lesão continua em regressão. Neste mesmo estudo comparou-se ao tratamento cirúrgico onde somente 2 de 6 casos houve cura, 3 regrediram parcialmente e 1 não houve diminuição na dimensão da lesão, totalizando sucesso em 33,3% dos casos, 50% houve regressão e 16,6% não obtiveram êxito.

As lesões periapicais podem ser confundidas com cicatrizes fibrosas por ter aspecto semelhante a lesões periapicais podendo levar a um incorreto tratamento, contudo, a regressão incompleta da lesão apical é passível de se tornar uma fibrose periapical e ser confundida com um insucesso no tratamento endodôntico ou cirúrgico. A fibrose periapical, composta por um tecido fibroso denso é encontrada pós tratamento de cistos, granulomas e abscessos. Deve-se levar em consideração o grau de virulência do agente agressor pois quanto maior sua agressão, maior a transição do processo regenerativo com isso por a cicatrização a morfologia e a quantidade tecidual é diferente do normal apresentando-se mais radiolúcida em imagens radiográficas podendo levar anos até que se atinja a reparação total (MACHADO et al., 2016).

CONCLUSÃO

O correto tratamento com uso de medicamentos tópicos intracanais bactericidas, como formocresol e hipoclorito de sódio, foi o suficiente para a eliminação do agente causador da lesão apical. O sucesso do tratamento foi observado por controle radiográfico em que foi possível observar a regressão da lesão apical. Portanto, mesmo em caso de lesões extensas, uma alternativa mais conservadora (tratamento endodôntico) seguida de acompanhamento clínico e radiográfico pode ser suficiente, evitando a necessidade de submeter o paciente a intervenções mais invasivas.

REFERÊNCIAS

BARRETO, T. K. M. **Estudo Observacional de Sinais Clínicos e Sintomas em Pacientes com Periodontite Apical.** Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/6177/BARRETO%2C%20THIAGO%20KLAUE%20MENNA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 14 maio 2018.

BUCHANAN, L.S. The standardized-taper root canal preparation, part 1: concepts for variably tapered shaping instruments. **Dent Today**. 1999; 18(2): 78-86.

ESTRELA, C. et al. Characterization of Successful Root Canal Treatment. **Brazilian Dental Journal**, 25(1): 3-11. 2014.

ESTRELA, C. et al. Monitoring Nonsurgical and Surgical Root Canal Treatment of Teeth with Primary and Secondary Infections. **Brazilian Dental Journal**, 25(6): 494-501. 2014.

FRIEDMAN, S.; MOR, C. The success of endodontic therapy: healing and functionality. **J Calif Dent Assoc**, 32:493–503. 2004.

GAHYVA, S. M. M.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. Direct Genotoxicity and Mutagenicity of Endodontic Substances and Materials as Evaluated by Two Prokaryotic Test Systems. **Journal of Appiel Oral Science**, 13(4): 387-92. 2005.

KIRCHHOFF, A. L.; VIAPIANA, R.; RIBEIRO, R. G. Repercussões Periapicais em Dentes com Necrose Pulpar. **Revista Gaúcha Odontologia**, v.61, p.469-475, jul./dez. Porto Alegre. 2013.

MACHADO, M. E. L. et al. Análise de diagnóstico radiográficos periapicais sugestivos de lesões refratárias. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentista**. 2016;70(2):141-6.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa:** planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 4º ed. – São Paulo: Atlas, 1999.

MORAES, S. H. et al. Lesão periapical comunicante entre dois dentes com

fenestração óssea vestibular. Caso clínico. **Revista Gestão & Saúde**. V. 14, n. 1, p. 01-06, 2016.

PASSO, S. M. **Microbiologia das Infecções Endodônticas**. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-9PMGVH/simara_vers_o_15_09.pdf?sequence=1. Acesso em: 16 maio 2018.

RÔÇAS, I. N. et al. **Patologia Pulpar e Perirradicular**. Endodontia Biologia e Técnica. 4º ed. p. 15-46. Elsevier. 2015

TORABINEJAD, M. et al. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review. **J Endod** 2009;35:930–7.

YOSHIDA, W. B. Redação do Relato de Caso. **Jornal Vascular Brasileiro**. V.6, n.2, p.112-113. Jun. Porto Alegre. 2007.