

Artigo de Relato de Caso
Case Report Article

O uso do ultrassom na curetagem periapical: relato de caso

The use of ultrasound in periapical curettage: case report

Tiago André Fontoura de Melo¹
Gustavo Golgo Kunert¹
Elias Pandonor Motcy de Oliveira¹

Endereço para correspondência:
Corresponding author:

Tiago André Fontoura de Melo
Rua Eça de Queiroz, n.º 466, apto. 701 – Petrópolis
CEP 90670-020 – Porto Alegre – RS
E-mail: tiago-melo@click21.com.br

¹ Curso de Odontologia, Universidade Luterana do Brasil – Canoas – RS – Brasil.

Recebido em 11/5/2010. Aceito em 23/6/2010.

Received for publication: May 11, 2010. Accepted for publication: June 23, 2010.

Palavras-chave:

endodontia; cirurgia
bucal; patologia bucal.

Keywords:

endodontics; oral
surgery; oral pathology.

Resumo

Introdução e objetivo: Mostrar a possibilidade de tratamento por meio da curetagem periapical associada ao uso do ultrassom, sem haver a necessidade de odontosecção da porção apical da raiz dentária. **Relato de caso:** Realizaram-se tratamento endodôntico do dente 41 e retratamento do dente 42, e em seguida fez-se procedimento cirúrgico parendodôntico na área de lesão periapical. A preservação do caso deu-se em dois anos, e foram verificados regressão e reparo ósseo total da área de lesão. **Conclusão:** Com a associação da tecnologia à prática clínica é possível efetuar um tratamento cirúrgico de forma rápida, segura e conservadora.

Abstract

Introduction and objective: This study aimed to demonstrate the possibility of treatment, through periapical curettage with the aid of ultrasound, consequently without the need of resection of root's apical portion. **Case report:** The endodontic treatment of tooth #41 and retreatment of tooth #42 was performed. Following, the periapical

lesion areas were submitted to parentodontic surgery. After a 2-year follow-up period, it could be verified a total lesion area regression and bone repair. **Conclusion:** The association of technology with clinical practice seemed to result in a faster, safer, and more conservative surgical treatment.

Introdução

Um dos princípios do retratamento endodôntico é a obtenção do processo de desinfecção do sistema de canais radiculares, uma vez que a presença de microrganismos e de suas toxinas constitui um dos fatores responsáveis pelo surgimento e pela manutenção das patologias pulpares e periapicais.

No entanto a complexidade da anatomia do canal radicular, como dilaceração radicular, presença de acidentes no tratamento endodôntico realizado anteriormente (como a sobreobturação) e manutenção de lesões periapicais sem sinal radiográfico de regressão ou reparo, é capaz de comprometer a eficácia do retratamento, gerando maior risco de insucesso.

Dessa forma, a cirurgia parentodôntica torna-se uma das principais alternativas nesse tipo de tratamento [2, 13]. Segundo Xavier *et al.* [17], tal intervenção é um tratamento conservador, pois visa à preservação do elemento dentário.

Inúmeros estudos relatam diferentes modalidades e opções técnicas para a realização da cirurgia parentodôntica, entre as quais está a curetagem periapical [11]. Essa técnica consiste na remoção do tecido patológico ou corpo estranho junto à área apical que pode estar perturbando o reparo fisiológico [4].

Assim, o objetivo deste estudo foi mostrar a possibilidade de curetagem periapical associada ao uso do ultrassom, chegando-se à reparação clínica e radiográfica sem haver necessidade de odontosecção da porção apical da raiz dentária.

Relato de caso

A paciente, gênero feminino, 35 anos de idade, procurou atendimento odontológico queixando-se de dor durante a mastigação no incisivo lateral inferior direito (dente 42). Ao longo da anamnese, ela relatou que tinha sido feita endodontia no dente em questão havia duas semanas e que depois da conclusão do tratamento a sintomatologia dolorosa surgiu e permaneceu.

No exame radiográfico verificou-se presença de área radiolúcida no terço apical radicular, sugerindo lesão periapical nos dentes 41 e 42. No dente 42

notou-se uma área de sobreobturação junto à área de lesão (figura 1).



Figura 1 - Imagem radiográfica periapical da região dos dentes 41 e 42

No exame clínico foi analisada a condição pulpar do incisivo central inferior direito (dente 41) por meio do teste de vitalidade com gás refrigerante à base de tetrafluoretano (CS 68® - Chemical Specialties Indústria e Comércio Ltda., São Paulo, Brasil), o qual demonstrou resposta negativa, necessitando assim também de uma intervenção endodôntica.

Como tratamento planejaram-se tratamento endodôntico do dente 41 e retratamento do dente 42, seguidos, numa outra consulta, pela curetagem apical associada ao uso do ultrassom, a fim de promover a remoção do tecido de granulação e do material da sobreobturação existente na área de lesão.

Concluídos os tratamentos endodônticos (figura 2), com os devidos cuidados técnicos necessários, a paciente foi previamente medicada para o procedimento cirúrgico. Como medicações sistêmicas receitaram-se: Amoxicilina 500 mg + Clavulanato de potássio 125 mg (de 8/8 horas por sete dias) e Dipirona sódica 500 mg (de 6/6 horas por cinco dias). Para ambos os fármacos ela foi orientada a começar a administração um dia antes do procedimento cirúrgico.

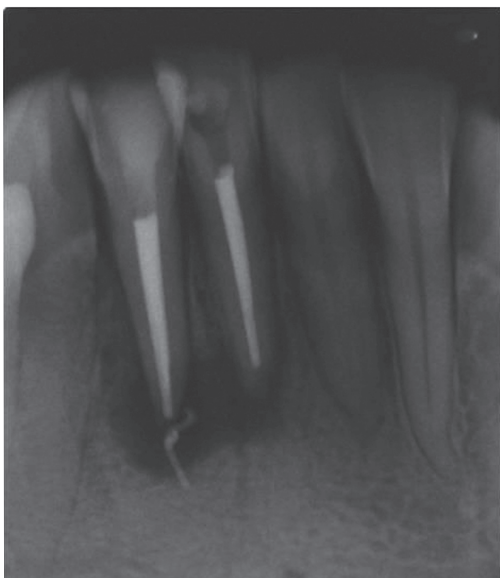


Figura 2 - Imagem radiográfica periapical do tratamento endodôntico finalizado nos dentes 41 e 42, antes do procedimento cirúrgico

Previamente ao início da cirurgia, recomendou-se à paciente uma antisepsia da cavidade bucal com digluconato de clorexidina a 0,12%, com a finalidade de reduzir a quantidade de microrganismos e prevenir bacteriemia pós-cirúrgica [7].

Depois se procedeu ao ato cirúrgico com bloqueio anestésico regional tendo como solução articaína a 4% com adrenalina 1:100.000 (Articaine® - DFL Indústria e Comércio Ltda., Rio de Janeiro, Brasil). Em seguida foram feitas incisão de Luebke-Ochsenbein e descolamento mucoperiosteal até a visualização da área de lesão (figura 3).

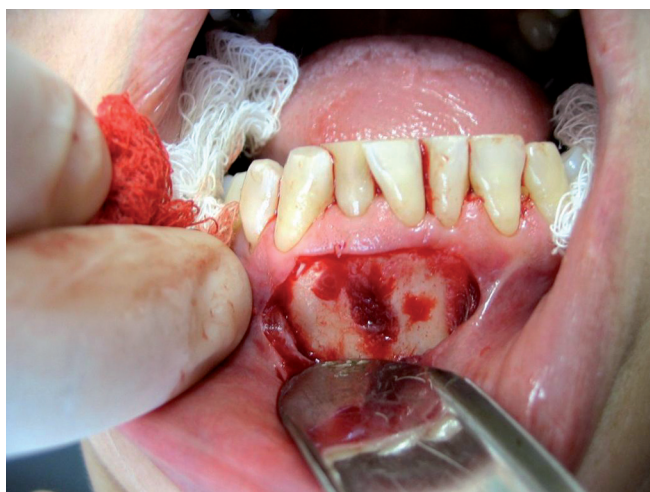


Figura 3 - Imagem clínica da área de lesão após a incisão e o descolamento mucoperiosteal

Localizada a lesão periapical, efetuou-se a ostectomia com uma broca esférica carbide n.º 6 (Fava®) sob irrigação com soro fisiológico (ADV® Farma, São Paulo, Brasil) na tábua óssea vestibular, a fim de permitir melhor acesso ao ápice radicular e delimitar a área de lesão (figura 4).



Figura 4 - Imagem clínica da área de lesão após a ostectomia

Definidos os limites da extensão da lesão periapical, iniciou-se o processo de curetagem apical com uma cureta periodontal 13/14 (Duflex®) associada ao uso do ultrassom com ponta troncocônica de 0,3 mm com dobras de 30° e 60° (CVDentus®), sob irrigação de soro fisiológico (figura 5). Após o procedimento de curetagem, foram realizadas sutura com fio mononáilon 5.0 (Suturbras Indústria e Comércio Ltda., São Paulo, Brasil) e radiografia periapical de controle (figura 6). Além disso, a paciente foi orientada em relação às recomendações pós-operatórias.



Figura 5 - Imagem clínica do uso do ultrassom durante o procedimento de curetagem periapical

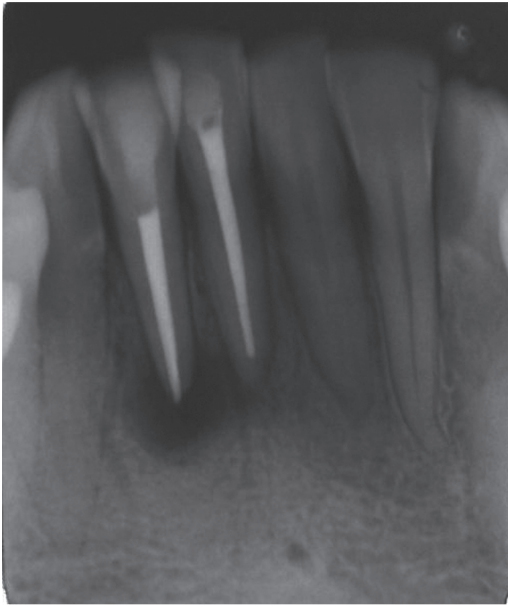


Figura 6 – Imagem radiográfica periapical de controle pós-operatório

Depois do procedimento cirúrgico, fez-se preservação clínica e radiográfica dos dentes tratados por um período de um ano (figura 7) e dois anos (figura 8) após a conclusão do tratamento. Nas imagens radiográficas podem-se verificar a evolução do processo de regressão e o reparo ósseo total da área de lesão.

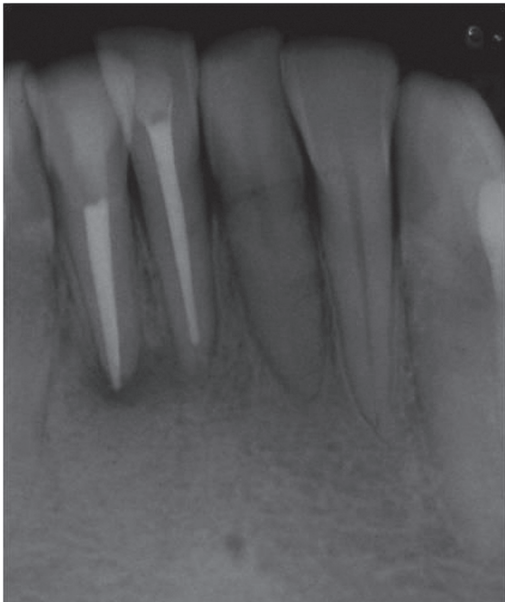


Figura 7 – Imagem radiográfica periapical de preservação de um ano em que se nota a regressão da área de lesão

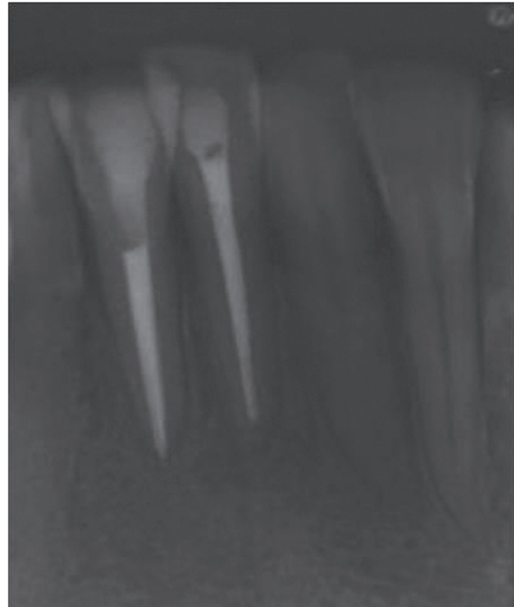


Figura 8 – Imagem radiográfica periapical de preservação de dois anos em que se constata a regressão e o reparo ósseo completo da área de lesão

Discussão

A cirurgia parentodôntica propõe-se a resolver os problemas resultantes dos insucessos endodônticos, porém é uma alternativa secundária, visto que devem ser esgotadas todas as possibilidades de terapêutica clínica [9].

Segundo os estudos de Bottino e Feller [3], Chandler e Koshy [5] e Orso e Sant'ana Filho [13], o sucesso da cirurgia parentodôntica é mais garantido quando complementado pelo retratamento endodôntico. Por isso nosso planejamento clínico foi efetuado com a associação do retratamento endodôntico e da cirurgia parentodôntica.

Para Walton e Torabinejad [15], as sobreobturações estão indicadas para cirurgia se houver sintomatologia persistente ou se radiograficamente não se observar o reparo, o que foi verificado durante a anamnese e o exame radiográfico do paciente.

Com relação ao tipo de incisão, foi realizada a de Luebke-Ochsenbein por ser indicada quando se deseja acesso a lesões apicais e também por se tratar de uma região na qual o tecido gengival é muito inserido, o que ocasionaria risco de retração ou exposição radicular [9].

Contrariando as recomendações de Holland *et al.* [10], efetuou-se curetagem periapical. Conforme os autores, que não acreditam no sucesso do tratamento apenas com essa modalidade cirúrgica, é necessária também a apicectomia da porção apical

da raiz em razão da contaminação nas ramificações, nos deltas e nas crateras cementárias.

Baraldi e Puricelli [1] e Xavier e Zambrano [18] indicam sempre a apicectomia porque, ao ser realizada somente a curetagem, haverá manutenção do ápice junto à área de lesão, podendo esta persistir.

Já de acordo com Walton e Torabinejad [15] e Walton [16], ao curetar uma lesão periapical, porções de tecido inflamado ou epitélio deixados não comprometerão a cicatrização. Tal afirmação vem ao encontro do que foi dito no estudo de Cohen e Burns [6]: a remoção do conteúdo da lesão conduzirá ao reparo se os contaminantes dos canais radiculares forem eliminados ou isolados dos tecidos periapicais [15].

Para Gagliani *et al.* [8], o uso de recursos tecnológicos, como ultrassom e microscópio operatório, durante a cirurgia parentodôntica torna-se um excelente recurso auxiliar.

Dessa forma, a fim de ajudar no procedimento de curetagem periapical foi empregado o ultrassom, haja vista que, segundo Von Arx e Kurt [14], a associação do sistema ultrassônico consegue suprir as deficiências observadas com o método manual de curetagem, pois as pontas de ultrassom são bem menores e graças às suas diferentes conformações possibilitam melhor acesso à região periapical e exigem menor área de ostectomia, preservando assim maior quantidade de tecido ósseo sadio.

Conclusão

Por meio deste caso clínico, com proservação de dois anos, relatou-se um exemplo de sucesso clínico e radiográfico quando da associação do retratamento endodôntico com a curetagem periapical sem haver necessidade de odontosecção da porção apical da raiz dentária. Os avanços tecnológicos, como o sistema ultrassônico, representam um excelente meio auxiliar para a cirurgia parentodôntica.

Referências

1. Baraldi C, Puricelli E. Estudo in vitro das alterações morfológicas da superfície de raízes submetidas a apicectomias e irradiadas com laser de Nd: YAG. Rev Fac Odont Porto Alegre. 2000 Jan;40(2):29-35.
2. Berger CR. Endodontia clínica. 1. ed. São Paulo: Pancast; 2002.
3. Bottino M, Feller C. Atualização na clínica odontológica: o dia a dia do clínico geral. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 23-32.
4. Bramante CM, Berbert A. Cirurgia parentodôntica. 1. ed. São Paulo: Pancast; 1990. p. 41.
5. Chandler NP, Koshy S. The changing role of the apicectomy operation in dentistry. J R Coll Surg Edinb. 2002 Oct;47(5):660-7.
6. Cohen S, Burns RC. Caminhos da polpa. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 573-621.
7. Denardi BB. O uso da clorexidina na prática odontológica. Rev Assoc Paul Cir-Dent. 1994 Mar-Apr;48(2):1279-85.
8. Gagliani MM, Gorni FGM, Strohmeier L. Periapical resurgery versus periapical surgery: a 5-year longitudinal comparison. Int Endod J. 2005 May;38(5):320-7.
9. Gomes AAA, Dourado AT, Dias EOS, Albuquerque DS. Conduta terapêutica em dente com lesão refratária ao tratamento endodôntico convencional e cirúrgico – caso clínico. Rev CTBMF UPE-FOP. 2003 Jan-Mar;3(1):23-9.
10. Holland R, Otoboni Filho JA, Bernabé PFE, Nery MJ, Souza V, Berbert A. Effect of root canal status on periodontal healing after surgical injury in dogs. Endod Dent Traumatol. 1994 Apr;10(2):77-82.
11. Machado MEL. Endodontia – da biologia à técnica. 1. ed. São Paulo: Santos; 2007.
12. Marzola C. Cirurgia pré-protética. 3. ed. São Paulo: Pancast; 2002.
13. Orso VA, Sant'ana Filho M. Cirurgia parentodôntica: quando e como fazer. Rev Fac Odont Porto Alegre. 2006 Apr;47(1):20-3.
14. Von Arx T, Kurt B. Root-end cavity preparation after apicoectomy using a new type of sonic and diamond-surfaced retrotip: a 1-year follow-up study. J Oral Maxillofac Surg. 1999 Jun;57(6):656-61.
15. Walton RE, Torabinejad M. Princípios e prática em Endodontia. 2. ed. São Paulo: Santos; 1997.
16. Walton RE. Princípios de cirurgia endodôntica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

17. Xavier CB, Pozza DH, Oliveira MG. Uso de retropontas ultra-sônicas na técnica de cirurgiaarendodôntica. J Bras Odontol Clín. 2006;23(6):54-9.

18. Xavier CB, Zambrano CBB. Avaliação da ressecção apical e indicação de materiais retrobturadores, em cirurgiasarendodônticas, no Brasil – estudo de campo. Rev Bras Cir Implantod. 2001 Oct-Dec;32(8):325-42.

Como citar este artigo:

Melo TAF, Kunert GG, Oliveira EPM. O uso do ultrassom na curetagem periapical: relato de caso. Rev Sul-Bras Odontol. 2010 Oct-Dec;7(4):488-93.
