

RELATO DE CASO: REGRESSÃO DE CISTO PERIAPICAL APÓS TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Pesquisadores: BUZANELLO, Analu*

DALLANORA, Léa Maria Franceschi

BARBIERI, Dayse Bortoluzzi

DALLANORA, Fábio

Curso: Odontologia

Área do conhecimento: Área das Ciências da Vida

RESUMO

O objetivo com este trabalho foi relatar a regressão de um cisto periapical após tratamento endodôntico. Paciente do sexo feminino, 38 anos, procurou a clínica odontológica da Unoesc, debilitada, com presença de celulite facial. Após exame clínico e testes vitais negativos para o elemento 12, verificou-se a necessidade de um exame radiográfico para confirmar o diagnóstico, no qual se observou uma imagem radiolúcida compatível com cisto periapical agudizado. O tratamento proposto de acordo com a literatura foi a necropulpectomia associada à antibioticoterapia. Após o término do tratamento endodôntico, iniciou-se a proervação do caso; depois de seis meses agendou-se a paciente para nova consulta na qual se fez uma radiografia periapical da área afetada, cujo resultado demonstrou regressão da lesão. Após um ano, fez-se nova tomada radiográfica, e a lesão havia desaparecido. Ainda que existam divergências na literatura, pode-se concluir que o tratamento endodôntico realizado corretamente pode proporcionar regressão de lesões extensas e preservação do elemento dentário.

Palavras-chave: Regressão. Cisto periapical. Necropulpectomia.

1 INTRODUÇÃO

A lesão periapical ocorre em dentes não vitais como o resultado de uma agressão crônica, assintomática, de baixa intensidade, em razão da presença de tecido necrótico, o qual é oriundo de uma invasão microbiana no sistema de canais radiculares. Radiograficamente ela aparece como uma lesão radiolúcida circunscrita na região do ápice dental, podendo ser classificada como cisto ou granuloma periapical, os quais somente são diferenciados em um exame histológico em decorrência da presença ou ausência de um revestimento epitelial em torno da lesão (NEVILLE, 2002).

O tratamento dos cistos ainda não está bem estabelecido na literatura, não havendo concordância se ele deve ser cirúrgico ou não cirúrgico. Alguns autores defendem que se

* analubuzanello@hotmail.com

a infecção endodôntica é eliminada o sistema imunológico é capaz de promover a reparação da lesão, enquanto outros acreditam que a intervenção cirúrgica é invariavelmente necessária (BHASKAR, 1972; MAALOUF; GUTMANN, 1994; SHAH, 1988).

Estudos têm mostrado que um alto percentual de lesões radiculares desaparece ou reduz de tamanho após tratamentos endodônticos convencionais. Essa considerável redução ou eliminação de lesões perirradiculares após tratamento endodôntico sugere ser esta uma opção terapêutica viável para o tratamento dos cistos radiculares (BHASKAR, 1972; LIANG; JIANG; JIANG, 2013).

Inicialmente, deve-se ter em mente que a causa das lesões perirradiculares é microbiana, portanto o tratamento deve se basear na desinfecção dos canais radiculares. Faz-se necessário, assim, a aplicação de todas as manobras disponíveis para se atingir esse propósito, incluindo preparo biomecânico, utilização de substâncias químicas e aplicação de medicação intracanal (SIQUEIRA; LOPES, 1999; SIMON; ENCISO; MALFAZ, 2006). Independente das estratégias aplicadas está comprovado que um grande número de lesões perirradiculares, aí incluídos os cistos, regride após a intervenção endodôntica. No caso específico dos cistos, o tratamento endodôntico promove a remoção do agente agressor, reduzindo a resposta inflamatória. Uma vez que a inflamação periapical é diminuída, haverá uma redução nos níveis de mediadores inflamatórios, como citocinas e fatores de crescimento, e as células epiteliais do revestimento do cisto sofrerão apoptose (LIN; HUANG; ROSENBERG, 2007; LIN et al., 2009).

O objetivo com este trabalho foi relatar a regressão de uma lesão radiolúcida com imagem compatível a cisto periapical agudizado, após o tratamento endodôntico convencional.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 38 anos, procurou a clínica odontológica da Unoesc, debilitada e com presença de celulite facial. Ao exame clínico, notou-se ampla restauração no elemento 12, paciente não relatou dor espontânea, ao teste de vitalidade pulpar ao frio, a resposta foi negativa, o teste de percussão vertical ou horizontal foi negativo.

Fotografia 1 – Aparência tóxica da paciente quando chegou para atendimento na clínica da Unoesc



Fonte: os autores.

Para auxiliar na definição do diagnóstico, foi solicitada radiografia panorâmica, na qual se observou que a paciente apresentava lesão radiolúcida, tamanho médio, limites precisos, formato circular associada ao periápice do elemento 12. Como hipótese diagnóstica, em razão das características radiográficas, pensou-se em cisto periapical agudizado. O tratamento proposto foi a necropulpectomia.

Fotografia 2 – Radiografia panorâmica para fins diagnósticos – presença de lesão no periápice do elemento 12



Fonte: os autores.

Na primeira sessão foram realizados os seguintes procedimentos: abertura, esvaziamento do terço médio e cervical do canal pela técnica coroa-ápice, medicação prévia com tricresol formalina, medicação sistêmica com antibiótico, anti-inflamatório e analgésico (amoxicilina (500 mg), um comprimido de 8/8 horas por sete dias, diclofenaco de sódio (50 mg), um comprimido de 8/8 horas por três dias; paracetamol (750 mg), um comprimido a cada seis horas (se houvesse dor) e selamento provisório do dente com cimpat e IRM. Após essa sessão, foram necessários vários atendimentos extras para promover a drenagem do cisto periapical. Na segunda sessão, realizaram-se drenagem, odontometria (CRD = 23 mm e CTM = 22 mm) e modelagem do canal radicular até lima ff 40; como medicação intracanal, optou-se pelo hidróxido de cálcio (Calen), também fez-se um selamento duplo com Cavit e CIV. A paciente retornou mais duas vezes para drenagem do cisto, e nova modelagem até lima kerr 60 foi proposta a fim de sanificar o sistema de canais radiculares; utilizou-se novamente o Calen como medicação intracanal, e novo selamento duplo foi realizado. Após 15 dias a obturação do elemento 12 foi realizada pela técnica de condensação lateral. Fez-se um tampão de hidróxido de cálcio PA e utilizaram-se cones de Gutapercha e pasta de óxido de zinco e eugenol; em seguida restaurou-se a palatina de elemento 12 com CIV para em outra sessão restaurar definitivamente com resina composta. A paciente foi remarcada após seis meses para reavaliação clínica e radiográfica (periapical) do tratamento, no qual o resultado pareceu promissor, como mostrado na Fotografia 3. Após 12 meses novo acompanhamento foi realizado, e a região periapical apresentou-se dentro dos padrões de normalidade, como mostrado na Fotografia 4. A paciente não relatou nenhuma

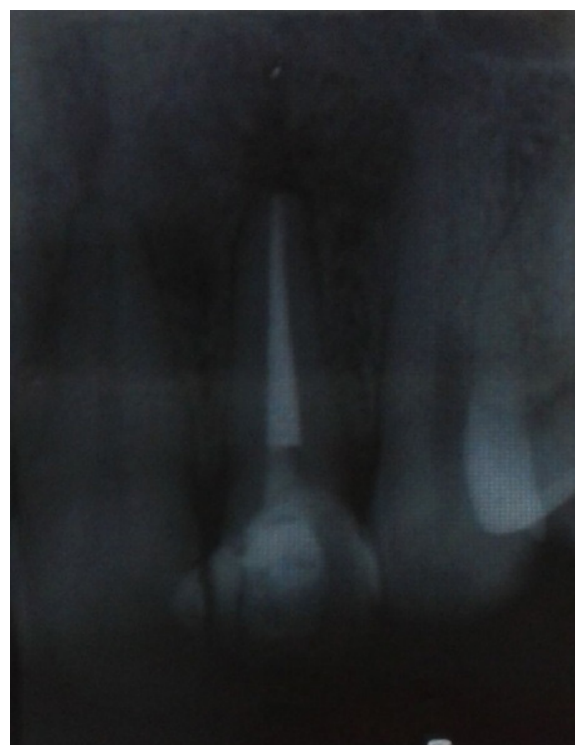
sintomatologia ou sinal clínico durante esse período, o que caracterizou sucesso clínico e radiográfico do tratamento.

Fotografia 3 – Regressão da lesão com seis meses de acompanhamento



Fonte: os autores.

Fotografia 4 – Regressão da lesão com um ano de acompanhamento



Fonte: os autores.

3 DISCUSSÃO

A evolução do processo de reparo após o tratamento dos dentes com polpa necrosada apresenta algumas variações em razão da presença ou não de lesões periapicais detectadas radiograficamente (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Eliminada a causa, por meio de uma terapêutica endodôntica que promova a desinfecção do sistema de canais radiculares, o processo inflamatório regride. As células inflamatórias crônicas vão cedendo lugar às células formadoras – osteoblastos, cementoblastos e fibroblastos – que promoverão a neoformação dos tecidos duros reabsorvidos e a regeneração do ligamento periodontal, com reinserção de novas fibras em substituição às destruídas (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Quando ocorrem lesões periapicais dois fatores diferenciam esses casos daqueles que não as apresentam: o tempo necessário ao reparo e o índice de sucesso [...] No entanto, é inevitável considerar desde já que, nesses casos, os agentes agressores são mais intensos e/ou mais difíceis de serem eliminados, e que o grau de destruição tecidual é maior, exigindo mais tempo para a ocorrência da cura e determinando menores índices de sucesso. O tempo de reparo, segundo a literatura, varia de seis meses a vários anos. Nesse período, uma sucessão de eventos

ocorre: a substituição progressiva do tecido inflamatório crônico que preenche a área da lesão por tecido fibroso e deste pelos tecidos duros que repararão as perdas ósseas e radiculares; haverá inserção de novas fibras colágenas no osso e no cimento neoformados, orientadas segundo os padrões da região, proporcionando a restauração do ligamento periodontal (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Há algumas décadas, prevalecia a ideia de que os cistos eram lesões irreversíveis ao tratamento endodôntico de rotina. Aliada à convicção de que as lesões de grande porte eram cistos, estabelecia-se o princípio de que, nesses casos, o índice de sucesso do tratamento tendia a ser menor, e a solução para as grandes lesões deveria ser cirúrgica. Entretanto, opiniões discordantes foram se somando ao longo do tempo, baseadas em dados que revelam índices de sucesso semelhantes entre lesões pequenas e grandes (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Considerando-se que o índice de insucesso nos tratamentos de dentes portadores de lesão periapical é da ordem de 15%, aproximadamente, e que cerca de 30% das lesões são cistos, ainda assim parte deles são reparados, segundo essa ótica estatística. Do ponto de vista clínico, também há evidência dessa possibilidade (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Morse et al., em 1975, tratando 17 casos de cisto diagnosticados pelo método de eletroforese, obtiveram sucesso em 14 casos comprovados, radiograficamente.

Segundo Soares e Goldberg (2011), em suas experiências pessoais, obtiveram reparo de lesões cujo conjunto de características clínico-radiográficas conduz ao diagnóstico de cisto, após tratamento em que foram enfatizados os procedimentos de desinfecção do canal radicular.

Alguns fatores de ordem gerais também podem influenciar o reparo ápico-periapical, como idade, desnutrição, deficiências vitamínicas, doenças crônicas, distúrbios hormonais e deficiências imunológicas. Deve-se considerar também a influência da medicação intracanal e do material obturador no processo de reparo.

O uso da medicação intracanal auxilia no controle infeccioso, visto que somente o reparo mecânico não alcança todo o sistema de canais laterais e acessórios e também os túbulos dentinários (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Nesse caso, foi eleito o hidróxido de cálcio como curativo de demora por ele impedir o crescimento bacteriano em razão do seu alto pH, além de ser biocompatível e favorecer o reparo apical. A permanência dentro do canal radicular, em contato direto com as paredes dentinárias, é aceita por tempos relativamente longos (mais de 30 dias) (GOURGEL et al., 2007).

Vários cimentos obturadores estão disponíveis para uso endodôntico. Além de propriedades físicas favoráveis, que permitam o fácil uso do material e a obtenção de um selamento adequado, é importante considerar o seu comportamento biológico, arguindo-se sobre a sua capacidade de estimular ou propiciar condições favoráveis ao reparo (SOARES; GOLDBERG, 2011).

Escolheu-se como cimento obturador o óxido de zinco e eugenol (OZE). Os cimentos à base de óxido de zinco e eugenol são amplamente utilizados como material obturador e suscitam discussão na literatura quanto aos aspectos de biocompatibilidade. Aceita-se, de um modo geral, que o OZE é um irritante suave aos tecidos conjuntivos, com os quais entram em contato direto. No entanto, Soares e Goldberg (2011), entre outros autores, demonstraram que a utilização de uma técnica adequada permite a obtenção de resultados plenamente satisfatórios.

A finalização do tratamento endodôntico e a restauração definitiva do remanescente dentário devem ser realizadas assim que a desinfecção do canal radicular esteja completa, evitando o risco de fratura do dente tratado o qual aumenta se for mantida uma restauração provisória (SOARES; GOLDBERG, 2011).

4 CONCLUSÃO

Quando se realiza um tratamento endodôntico seguindo todos os princípios de biossegurança e buscando a eliminação da contaminação do sistema de canais radiculares, há possibilidade de que lesões periapicais grandes com imagem compatível a cisto periapical regridam, o que possibilita a regressão da lesão do periápice e a preservação do elemento dentário sem necessidade de intervenção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

BHASKAR, S. N. Nonsurgical resolution of radicular cysts. **Oral Surgery**, v. 34, i. 2, p. 458-468, 1972.

ÇOURÇEL-FILHO, E. D. et al. In vitro evaluation of the effectiveness of the chemomechanical preparation against *Enterococcus faecalis* after single or multiple visit root canal treatment. **Brazilian Oral Research**, v. 21, i. 4, p. 308-313, 2007.

LIN, L. M.; HUANG, Ç. T-J.; ROSENBERG, P. A. Proliferation of epithelial cell rests, formation of apical cysts, and regression of apical cysts after periapical wound healing. **Journal of Endodontics**, v. 33, i. 8, p. 908-916, 2007.

LIN, L. M. et al. Nonsurgical root canal therapy of large cyst-like inflammatory periapical lesions and inflammatory apical cysts. **Journal of Endodontics**, v. 35, i. 5, p. 607-615, 2009.

MAALOUF, E. M.; ÇUTMANN, J. L. Biological perspectives on the non-surgical endodontic management of periradicular pathosis. **International Endodontic Journal**, v. 27, i. 3, p. 154-162, 1994.

NEVILLE, B. W. **Patologia oral e maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SHAH, N. Nonsurgical management of periapical lesions: a prospective study. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiology and Endodontic**, v. 66, p. 365-371, 1988.

SIMON, J. H. et al. Differential diagnosis of large periapical lesions using cone-beam computed tomography measurements and biopsy. **Journal Endodontics**, v. 32, i. 9, p. 833-837, 2006.

SIQUEIRA JÚNIOR, J. F.; LOPES, H. P. Mechanisms of antimicrobial activity of calcium hydroxide: a critical review. **International Endodontic Journal**, v. 32, i. 5, p. 361-369, 1999.

SOARES, I. J.; GOLDBERG, F. **Endodontia: técnica e fundamentos**. 2. ed. Porto Alegre, 2011.