

**FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

BEATRIZ MOTTA CARNEIRO
THUANY DOS SANTOS GONÇALVES
LUCIANA FONSECA DE ARAUJO SILVA

APICECTOMIA E MARSUPIALIZAÇÃO: RELATO DE CASO

Rio de Janeiro

2018

APIPECTOMIA E MARSUPIALIZAÇÃO: RELATO DE CASO

APIPECTOMY AND MARSUPIALIZATION: CASE REPORT

Beatriz Motta Carneiro

Acadêmica de Odontologia

Thuany Dos Santos Gonçalves

Acadêmica de Odontologia

Luciana Fonseca de Araujo silva

Mestre em Endodontia FSJ

RESUMO

Fatores microbiológicos ou morfológicos e, por vezes também fatores técnicos, podem levar ao insucesso do tratamento endodôntico. O que pode levar o surgimento ou evolução de lesões perirradiculares. Podendo se fazer necessária como terapêutica a cirurgia parentodôntica associada ao tratamento do sistema de canais radiculares. Há uma grande variedade de técnicas descritas, sendo a apicectomia abordada neste relato de caso, associada a técnica cirúrgica de marsupialização e enucleação, onde ocorre a descompressão e eliminação de fluidos, objetivando a redução da lesão cística, e posteriormente sua remoção. Neste artigo, um relato de caso é apresentado com breve revisão de literatura, onde a paciente foi submetida ao tratamento de marsupialização, tratamento endodôntico, posteriormente apicectomia e enxerto ósseo, obtendo sucesso no fim do tratamento.

Palavras-chave: tratamento endodôntico, apicectomia, marsupialização.

ABSTRACT

Microbiological or morphological factors and, sometimes, technical factors, can take endodontic treatment to failure. This situation can contribute to the rising or evolution of periradicular lesions. Faced with, it's necessary, as therapy, the parentodontical surgery associated to the treatment of root canals system. There is a huge variety of techniques described, being apicectomy, approached in the case report, associated with Marsupialization and enucleation surgical technique, where happen decompression and fluids mop-up, with the aim of reducing cystic lesion and then its removal. In this article, a case report is introduced with a little literature review, where the patient was subject to marsupialization treatment, endodontic treatment and after that: apicectomy and bone graft, acquiring successful in the end of the treatment.

Key-words: Endodontic treatment, apicectomy, Marsupialization.

INTRODUÇÃO:

“O insucesso endodôntico é, na maioria das vezes, resultante de falhas técnicas as quais impossibilitam a conclusão adequada dos procedimentos intracanaís voltados para o controle e a prevenção da infecção endodôntica.” (J. F. Siqueira; Jr; H. P. Lopes, 2015, p. 691). A apicectomia, tipo de cirurgia parendodôntica, consiste na ressecção apical da raiz, porém não deve ser considerada a primeira opção de tratamento, e sim, apenas, quando o tratamento convencional endodôntico não apresenta resultado satisfatório. (Leonardi et al., 2006)

A marsupialização tem por objetivo reduzir a pressão interna da lesão com a retirada de fluído, que leva a redução progressiva da lesão. É considerada uma forma de tratamento muito comum para alguns tipos de lesões. (Pinto, GN de Souza; Figueira, JÁ; Gonçalves, ES; Sant’ana, Eduardo; Tolentino, ES., 2015).

O objetivo do artigo é relatar um caso clínico de cirurgia parendodôntica com apicectomia e marsupialização do dente incisivo lateral superior esquerdo (elemento 22), especificar a técnica e relatar os passos operatórios seguidos para o sucesso do procedimento. Neste trabalho, um caso clínico é apresentado com breve revisão de literatura. Demonstrando a possibilidade de se evitar a extração precoce de um elemento dentário.

1. APICECTOMIA E MARSUPIALIZAÇÃO: RELATO DE CASO.

“A cirurgia parendodôntica é um procedimento seguro e adequado para o tratamento de dentes com lesões periapicais que não respondem ao tratamento endodôntico convencional ou quando o retratamento não é possível de ser realizado.” (LEONARDI et al., 2006) podemos também definir como um conjunto de procedimentos, que tem como objetivo, resolver complicações decorrentes de um tratamento endodôntico ou de seu insucesso. (Leonardo, Mario Roberto., 2002, p.1243) O sucesso dessas cirurgias tem sido relatado em 80% dos casos nos

últimos anos, Isso, podendo estar relacionado às novas técnicas e instrumentos cirúrgicos. (Rud J, Rud V, Munksgaard E C., 2001) (Von Arx T, Walker W A., 2000).

As modalidades cirúrgicas pararendodôntica mais utilizadas para resolução desses casos são as seguintes, curetagem com alisamento ou plástica apical, apicectomia, apicectomia com obturação retrograda, apicectomia com instrumentação e obturação retrograda e obturação do canal radicular simultaneamente ao ato cirúrgico. (Leonardo, Mario Roberto., 2002, p.1244)

“A apicectomia é um ato cirúrgico em que é realizada a ressecção apical da raiz” (LEONARDI et al., 2006). A ressecção apical diminui as variantes morfológicas apicais e as iatrogênicas devido ao tratamento endodôntico, e a possibilidade de melhor visualização do campo cirúrgico e processos patológicos apicais. (Orso; Sant’Ana Filho, 2006; apud McDonald; Hovland, 1997) “A premissa anatômica é de que os 3mm apicais constituem a zona crítica da terapia endodôntica pela presença dos canais laterais, isso no entanto, não pode ser tomado como um valor absoluto para afirmar que vamos cortar pelo menos 3mm de raiz.” (J. F. Siqueira Jr; H. P. Lopes, 2015, p. 748)

Está indicada em casos de infecções periapicais persistentes, com cronicidade e extensa área radiolúcida apical, acessos coronais restritos devido a um insuficiente selamento retrógrado ou pinos radiculares que tenham impossibilidade de remoção, perfuração e fratura do terço apical, além de calcificações pulpareas no terço cervical e médio. (Allen RK; Newton CW; Brown CE Jr., 1989).

A marsupialização é um tratamento conservador, que consiste na criação de uma janela cirúrgica na parede do cisto, esvaziando seu conteúdo e reduzindo a pressão intracística, permitindo, uma nova formação óssea e uma possibilitando a redução do tamanho da lesão. (Kirtaniya, BC. et al., 2010).

A técnica cirúrgica é considerada simples: realiza-se uma incisão geralmente circular e cria-se uma janela ampla, para comunicação da lesão com a cavidade oral, que é suturada junto à mucosa adjacente, e ao retirar parte da cápsula da lesão, ela já fornece material para o exame histopatológico. (Peterson L., 2000) Alguns fatores são considerados quanto a escolha dessa técnica, como a proximidade da lesão com estruturas vitais, evitando provocar danos à nervos ou vasos importantes ou desvitalizando dentes saudáveis. Deve ser uma técnica considerada para tratamento, em cistos muito grandes, podendo ser melhor fazer a marsupialização e

aguardar para realizar outros tratamentos até que haja considerável preenchimento ósseo da cavidade. (Ellis, Edward Robb.; Tucker, Myron R.; Hupp, James R., 2009, p. 449) “Também indicado no tratamento de lesões extensas em pacientes jovens.” (Bastos EG; Cruz MCFN; Martins GAS; Mendes MC; Marques RVCF, 2011.)

A marsupialização deve ser considerada quando o acesso a lesão é dificultado e corre-se o risco, durante a enucleação, de serem deixadas para trás porções da lesão, podendo resultar em recidiva. A maior desvantagem desse procedimento é que o tecido patológico é deixado in situ, sem um exame histológico completo. Apesar de o tecido removido junto com a janela óssea poder ser submetido a exame patológico, uma lesão mais agressiva pode estar presente no tecido residual. Outra desvantagem é o fato de a cavidade reter alimento e deve ser mantida limpa para prevenir infecção, isso significa que o paciente deve irrigar a cavidade várias vezes ao dia com uma seringa contendo solução salina e clorexidina 0,2% para prevenir uma infecção secundária e também a manterem uma higienização oral rigorosa. [TABRIZI, R. et al., p.459-461, 2012.]

2. RELATO DE CASO:

Paciente R.C.M, 25 anos compareceu ao setor de odontologia do Serviço Social da Indústria na especialidade de Endodontia, se queixando de dor em região anterior superior, drenando secreção purulenta na altura dos elementos 22 e 23. A paciente estava em tratamento ortodôntico há aproximadamente 5 anos, relatou ter se queixado de dor ao seu ortodontista e o mesmo realizou cirurgia de acesso ao sistema de canais radiculares dos elementos 22 e 23 e deixou ambos sem selamento provisório, ou seja, a cavidade de acesso aberta. No exame clínico intraoral, notou-se ao realizar palpação, grande aumento de volume na região do elemento 22 ao elemento 25. Ao realizar radiografia periapical dos elementos em questão, foi observada uma lima fraturada no ápice do elemento 22, o qual apresentava uma curvatura acentuada em região apical.



[Radiografia periapical dos elementos 22 e 23, evidenciando fratura de instrumento, na região apical, do elemento 22].

A primeira conduta foi a realização do tratamento endodôntico dos elementos envolvidos na lesão cística (22 e 23) e a paciente foi encaminhada para avaliação de um cirurgião buco maxilofacial. Foi realizado teste de sensibilidade nos elementos posteriores até o segundo molar superior e todos responderam positivamente.



[Radiografia periapical dos elementos 22 e 23, após a finalização dos tratamentos endodôntico].

Foi solicitada uma tomografia computadorizada para avaliação e medição da lesão, que apresentou em seu maior diâmetro tamanho aproximado de 5 cm, compatível inicialmente com cisto periapical. Após a realização de biópsia incisional, foi realizado o diagnóstico de cisto periapical.



[Medição da lesão cística para realização do procedimento e biópsia].

Foi proposto a paciente como plano de tratamento: Marsupialização da lesão, uma vez que o cisto se apresentava muito extenso para ser removido sob anestesia local, além da grande destruição óssea presente. Apicectomia do elemento 22, para remoção de instrumento fraturado em seu terço apical. Além de enucleação do cisto, seguido de enxerto ósseo.

2.1 MARSUPIALIZAÇÃO:

Foi Realizado acesso à lesão, curetagem e a instalação de um bóton cirúrgico para drenagem. A paciente foi orientada a realizar a higienização do dispositivo, três vezes ao dia, utilizando soro fisiológico 0.9%. Após 6 meses, foi realizado novo acesso para retirada do dispositivo de descompressão. A lesão foi reduzida a 0.5cm.



[Incisão inicial para a realização da instalação do dispositivo de descompressão].



[Dispositivos já instalado, para realização da descompressão e drenagem].



[Loja cirurgica após remoção do dispositivo de descompressão].



[Radiografia periapical digital, após 6 meses da implantação do dispositivo de descompressão].

. 2.2 ENUCLEAÇÃO:

X

X

X

VAMOS PESQUISAR!!!

.

2.3 APICECTOMIA:

Cirurgia de apicectomia do elemento 22 para remoção do instrumento fraturado. Foi realizado o descolamento do tecido (retalho de espessura total), feita a abertura de janela óssea cirúrgica, expondo o ápice radicular que seria seccionado, realizado a ressecção apical de 5mm, toda a loja cirúrgica foi curetada e a raiz dentária debridada, com irrigação constante de soro fisiológico 0,9%, removendo áreas que poderiam formar degraus e, com isso, servindo de reservatórios de tecido pulpar necrótico e de bactérias, levando ao insucesso do procedimento. O remanescente radicular foi remodelado a uma angulação de 90 graus, garantindo o aumento da área disponível para reinserção do ligamento periodontal. Feito isso, a área recebeu enxerto ósseo sintético hidroxiapatita e cerâmica.



[Loja cirúrgica, expondo o ápice radicular do elemento 22].



[Loja cirúrgica, expondo o remanescente radicular após apicectomia realizada].



[Loja cirúrgica, após a inserção do enxerto ósseo.]

Foi realizada a radiografia final após sutura e comparação da imagem radiográfica antes do enxerto e depois de todos os procedimentos cirúrgicos.



[Comparação entre lesão inicial e lesão após todas as etapas do plano de tratamento].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apicectomia, cirurgia parendodôntica, se mostra eficaz como recurso para de instrumentos fraturados em terço apical, quando este não é possível de ser removido via canal, apresentando grande taxa de sucesso, evitando extrações precoces. Conclui-se também, que a marsupialização associada e posterior enucleação, são fatores determinantes para o tratamento mais conservador de cistos periapicais extensos. Possibilitando um tratamento mais confortável e qualidade de vida melhor ao paciente.

REFERÊNCIAS:

Allen RK, Newton; CW, Brown CE Jr.. **A statistical analysis of surgical and nonsurgical endodontic retreatment cases.** J Endod 1989; 15 261-266.

Bastos EG, Cruz MCFN, Martins GAS, Mendes MC, Marques RVCF. Marsupialização de cisto dentígero na mandíbula em uma criança de sete anos de idade na dentição mista: relato de caso. Rev Odontol UNESP. 2011; 40(5): 268-271.

Kirtaniya, BC, et al. AK. **Marsupialization: a conservative approach for treating dentigerous cyst in children in the mixed dentition.** 2010; J Indian Soc Pedod Prev Dent. 28:203-8. PMID:21157055.
<http://dx.doi.org/10.4103/0970-4388.73795>

Leonardi et al.. Cirurgia parentodôntica: Avaliação de diferentes técnicas para a realização da apicectomia. **RSBO**, v. 3, n. 2, 2006.

Leonardo, Mario Roberto. **Endodontia - Tratamento de Canais Radiculares - Princípios Técnicos e Biológicos.** 4ª Ed. - Vol. 2 – Artmed, 2002.

ORSO, Vanderlê de Arlete; FILHO, Manoel Sant'Ana. Cirurgia Parentodôntica: quando e como fazer, **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 47, n.1, p.20, 23, abr. 2006.

Peterson L. Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2000.

Pinto, et. Al. Marsupialização como tratamento definitivo de cistos odontogênicos: relato de dois casos. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n. 3, p. 361-366, set./dez. 2015

Rossi et. al.. CIRURGIA PARENODÔNTICA PARA REMOÇÃO DE INSTRUMENTO FRATURADO: RELATO DE CASO, **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, Paraná, Brasil, 14, nov., 2013, V.5, n.1., pp.51-54.

Rud J, Rud V, Munksgaard E C. Periapical healing of mandibular molars after root-end sealing with dentine-bonded composite. International Endodontic Journal 2001; 34: 285-92.

Siqueira Jr, Jose Freitas; Lopes, Hélio Pereira. **Endodontia - Biologia e Técnica.** 4ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

TABRIZI, R. et al. Marsupialization as a treatment option for the odontogenic keratocyst. J. Craniofac. Surg. v.23, n.5, p.459-461, 2012.

Von Arx T, Walker W A. Third microsurgical instruments for root-end cavity preparation following apicoectomy: A literature review. Endodontics and Dental Traumatology 2000; 16: 47-62.