

# Cirurgia apical conservadora: Relato de caso clínico



<sup>1</sup>Telma Ferreira, <sup>2</sup>S Gavinha, <sup>2</sup>P Manarte-Monteiro, <sup>1</sup>Dúnia Mendes, <sup>2</sup> Miguel Albuquerque Matos

<sup>1</sup> Competências Clínicas em Medicina Dentária – Universidade Fernando Pessoa

<sup>2</sup> Faculdade de ciências da saúde – Universidade Fernando Pessoa



## Introdução

A cirurgia apical está indicada em determinadas condições, em que o retratamento endodôntico não é possível, ou por si só não é a solução.

## Descrição de caso clínico

Paciente do género feminino, 54 anos, saudável, refere dor no dente 1.2 "ao trincar/bater no dente". No exame clínico, após o teste à percussão vertical e horizontal, verificou-se presença de resposta dolorosa. No exame radiográfico observa-se uma lesão periapical no dente 1.2 previamente endodonciado, reabilitado com coroa cerâmica e espigão intra-radicular, com boa adaptação e estética. Realizaram-se desgastes de prematuridades nos dentes 2.7 e 1.2 e posteriormente, um acréscimo de compósito no dente 1.3 por palatino devido à ausência de contacto em movimentos de lateralidade. Pelo facto do retratamento convencional não cirúrgico implicar a perda da reabilitação protética e pelo risco inerente à remoção do espigão intra-radicular, optou-se pela realização da cirurgia apical. Na consulta de reavaliação, 7 dias após a realização da cirurgia a paciente relatou inexistência de sintomatologia. No follow-up radiográfico, podemos observar alguns sinais de regressão da lesão.

Fig. 1. Exame intra-oral



Fig.2. Ortopantomografia

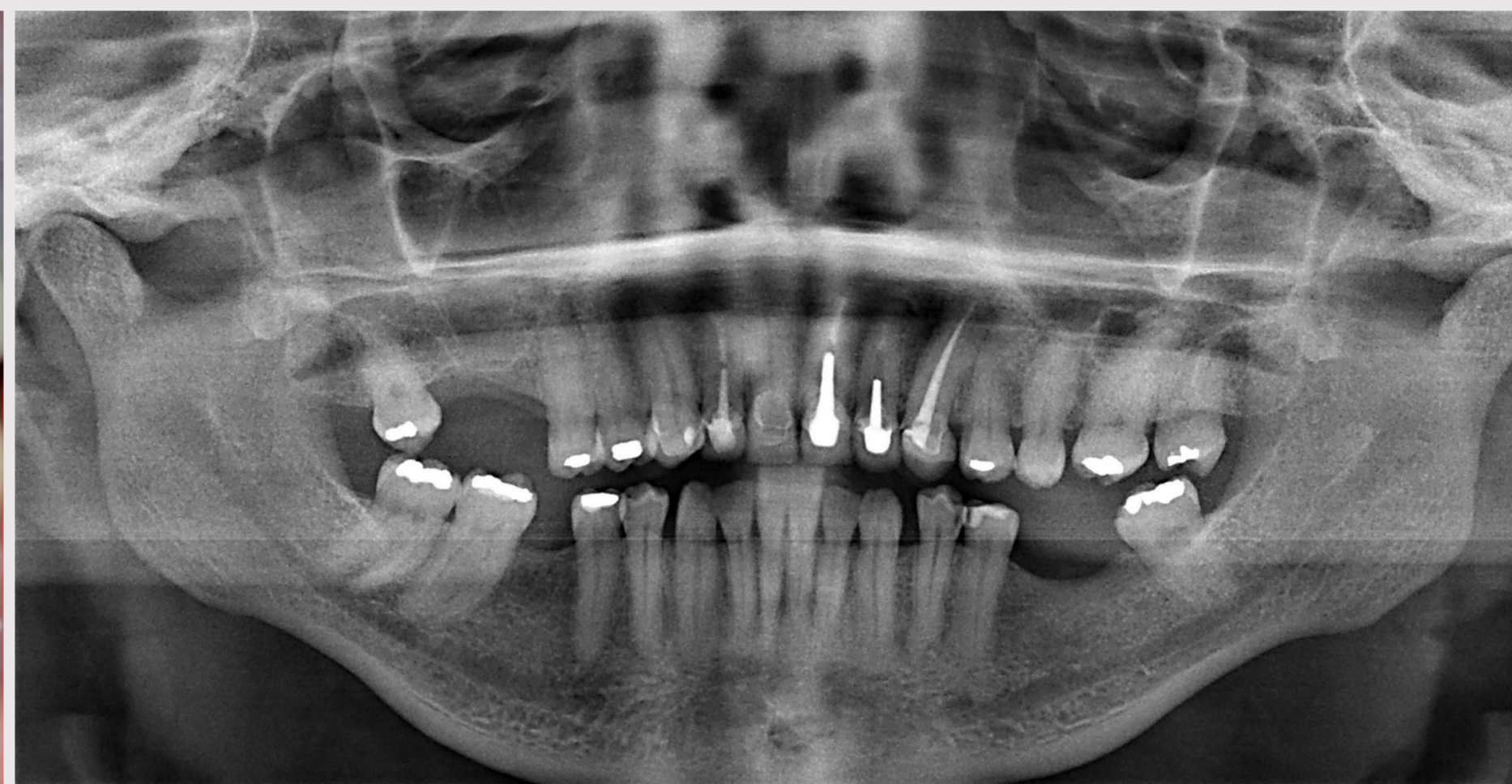
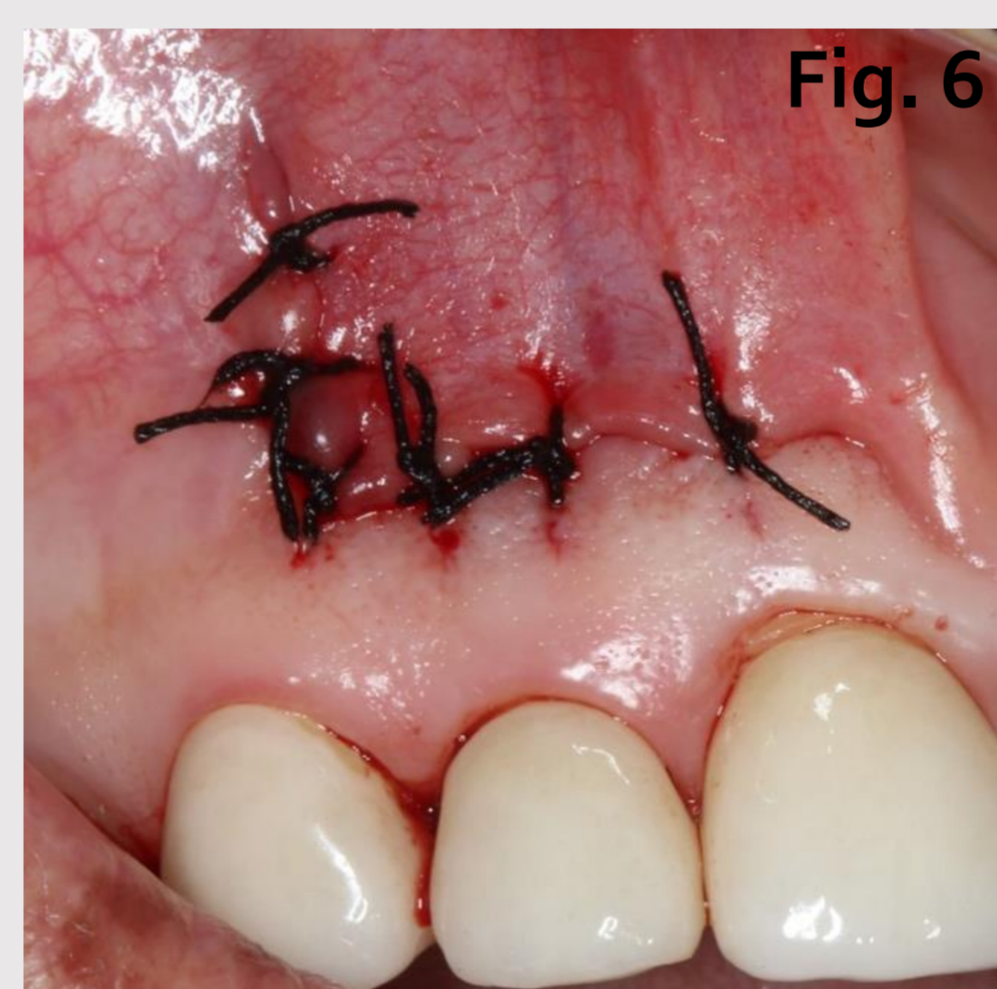
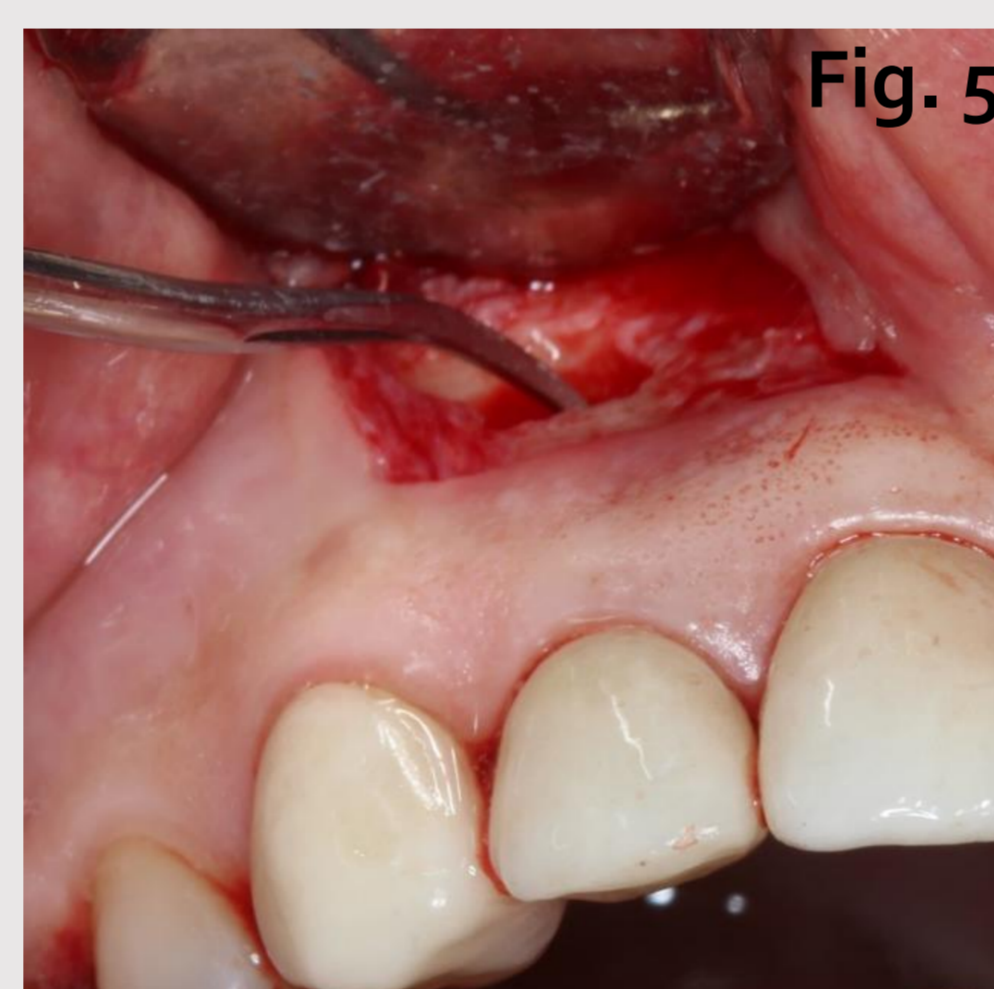
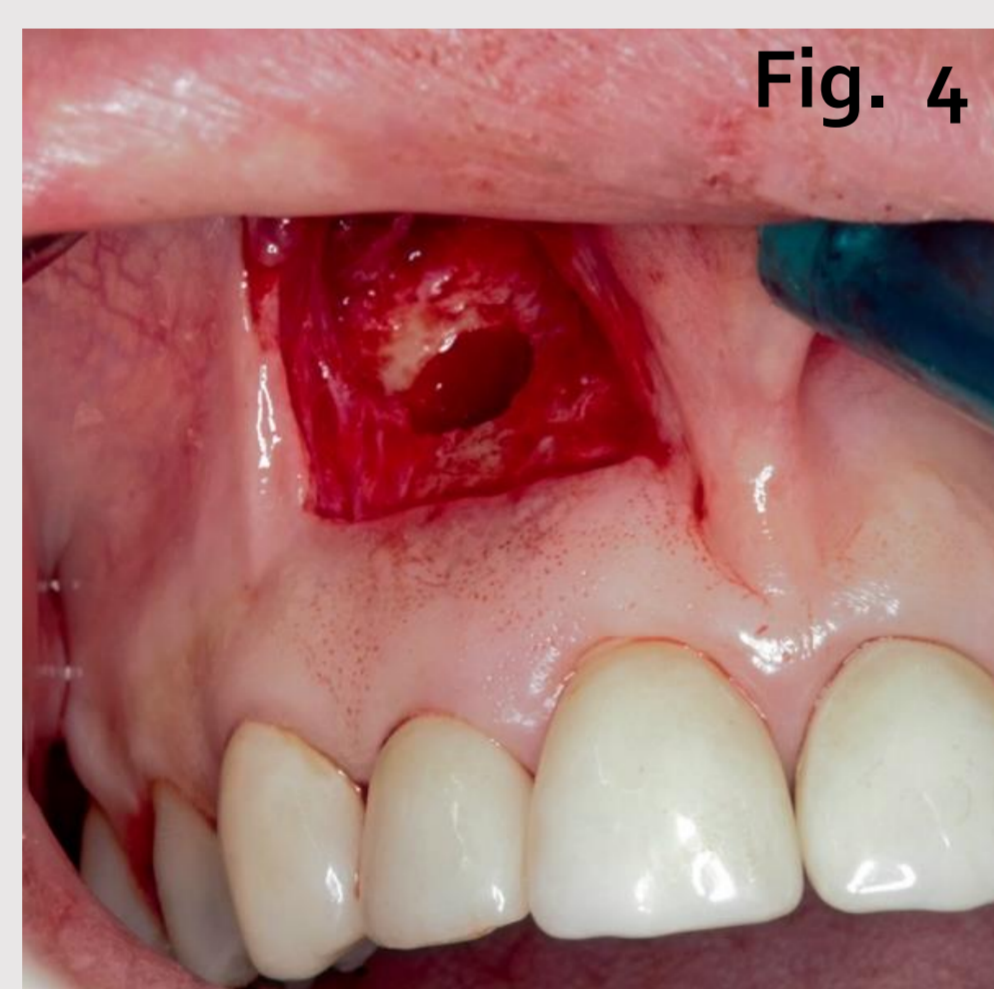


Fig.3. Radiografia periapical dente 1.2



## Procedimento cirúrgico

O procedimento cirúrgico foi iniciado com anestesia infiltrativa por vestibular nos dentes 1.1, 1.2 e 1.3 e um reforço por palatino nos dentes 1.1, 1.2 e 1.3. O anestésico local utilizado foi o cloridrato de articaína com adrenalina 1/200.000. De seguida foi realizada uma incisão linear com uma descarga, utilizando a lâmina de bisturi nº15. Posteriormente realizou-se a osteotomia com a broca esférica laminada de contra ângulo com irrigação externa, de forma a aceder à região periapical (Fig. 4). Foi realizada a apicetomia com broca e com soro fisiológico, irrigando de forma contínua, sendo removidos os 3mm apicais do dente 1.2 medidos previamente com sonda periodontal. Foi realizada a curetagem e a remoção da lesão. Efetuou-se a retro preparação com ponta cirúrgica pro-ultra® e a retro obturação com MTA ProRoot® Dentsply utilizando condensadores microcirúrgicos (Fig. 5). A cirurgia foi finalizada com a reposição do retalho e realização de sutura com fio de seda 4/0 Silkam® (Fig. 6). Foi realizada a radiografia periapical do dente 1.2 após a cirurgia (Fig. 7). A medicação pós-operatória prescrita foi amoxicilina + ácido clavulânico 875 mg + 125 mg de 12 em 12 horas durante 8 dias e ibuprofeno 600mg de 12 em 12 horas durante 3 dias e enquanto a dor persistir. Após 7 dias foi realizada a remoção da sutura, denotando-se uma boa cicatrização dos tecidos. Foi efetuado o controlo radiográfico e este apresentou-se dentro das normalidades (Fig. 8 e 9). A paciente relatou ausência de dor no pós-operatório. Foram realizados novos follow-ups radiográficos após a cirurgia, no mês de Maio de 2019 (Fig. 10), no mês de Julho de 2019 (Fig. 11) e no mês de Setembro de 2019 (Fig. 12). Foi observado um aumento na densidade óssea da zona submetida à cirurgia, clinicamente os tecidos apresentavam uma boa cicatrização e ausência de sintomatologia.



## Discussão e conclusão

A cirurgia apical está indicada, nos casos em que o retratamento endodôntico não cirúrgico não é possível ou favorável. Neste caso clínico, optou-se pela realização da cirurgia apical do dente 1.2 com patologia periapical associada. Foi realizada a apicetomia, retro-preparação e retro-obturação com um material biocompatível para promover o selamento apical. Tendo em consideração uma perspectiva conservadora e o custo-benefício inerente às diferentes opções de tratamento, optou-se pela realização deste procedimento devido à presença de reabilitação protética bem adaptada e espigão intra-radicular. Por este motivo outra opção clínica, como a execução do retratamento convencional não cirúrgico, aportaria muito mais riscos. Considerando as consultas de reavaliação realizadas após 7 dias, um mês, dois meses e 4 meses da realização da cirurgia apical, em que se realizaram follow-ups radiográficos, revelando-se satisfatórios, pode-se concluir que se obteve sucesso com a realização desta opção clínica.

## Bibliografia

- Abusrewil, S. M., McLean, W. and Scott, J. A. (2018). The use of Bioceramics as root-end filling materials in periradicular surgery: A literature review. *The Saudi Dental Journal*, 30(4), pp. 273–282.
- Barone, C. et al. (2010). Treatment Outcome in Endodontics: The Toronto Study—Phases 3, 4, and 5: Apical Surgery. *Journal of Endodontics*, 36(1), pp. 38–45.
- Kruse, C. et al. (2016). Periapical Bone Healing after Apicectomy with and without Retrograde Root Filling with Mineral Trioxide Aggregate: A 6-year Follow-up of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Endodontics*, 42(4), pp. 533–7.
- Kohli, M. R. et al. (2018). Outcome of Endodontic Surgery: A Meta-analysis of the Literature—Part 3: Comparison of Endodontic Microsurgical Techniques with 2 Different Root-end Filling Materials. *Journal of Endodontics*, 44(6), pp. 923–931.
- Ris, A. et al. (2018). Tooth Survival after Surgical or Nonsurgical Endodontic Retreatment: Long-term Follow-up of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Endodontics*, 44(10), pp. 1480–1486.
- Saunders, W. P. (2008). A Prospective Clinical Study of Periradicular Surgery Using Mineral Trioxide Aggregate as a Root-end Filling. *Journal of Endodontics*, 34(6), pp. 660–665.
- Serrano-Giménez, M., Sánchez-Torres, A. e Gay-Escoda, C. (2015). Prognostic factors on periapical surgery: A systematic review. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal*, 20(6), pp. e715–22.
- Siqueira, J. F. et al. (2014). Causes and management of post-treatment apical periodontitis. *British Dental Journal*, 216(6), pp. 305–312.
- Von Arx, T. (2011). Apical surgery: A review of current techniques and outcome. *Saudi Dental Journal*. King Saud University, 23(1), pp. 9–15.
- Von Arx, T. et al. (2012). Five-year longitudinal assessment of the prognosis of apical microsurgery. *Journal of Endodontics*, 38(5), pp. 570–579.
- Von Arx, T. et al. (2019). A 10-year Follow-up Study of 119 Teeth Treated with Apical Surgery and Root-end Filling with Mineral Trioxide Aggregate. *Journal of Endodontics*, 45(4), pp. 394–401.