RELATO DE CASO CLÍNICO: TRATAMENTO DE ABSCESSO PERIAPICAL CRÔNICO COM COMPLEMENTAÇÃO CIRÚRGICA

CASE REPORT: TREATMENT OF CHRONIC PERIAPICAL ABSCESS WITH SURGICAL COMPLEMENTATION

Brenda de Albuquerque Santos[1], Caroline dos Santos Ferreira[2], Eyshila Nicolly Meireles Corrêa[3], Jenifer Nayane Galeto da Silva[4], Daniel Sponholz Farhat[5]

1 Aluna do Curso de Odontologia, Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, CESCAGE, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. e-mail: bresantos222@gmail.com;

2 Aluna do Curso de Odontologia, Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, CESCAGE, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. e-mail: caroldsferreira19@gmail.com;

3 Aluna do Curso de Odontologia, Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, CESCAGE, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. e-mail: eyshilanicolly@gmail.com;

4 Aluna do Curso de Odontologia, Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, CESCAGE, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. e-mail: jenifergaletto15@gmail.com

5 Professor Doutor do Curso de Odontologia, Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, CESCAGE, Ponta Grossa, Paraná, Brasil. e-mail: dfarhat91@gmail.com.

Brenda de Albuquerque Santos, Avenida Ana Rita, 995- Uvaranas, Ponta Grossa- PR, 0009-0003-0917-6045, bresantos222@gmail.com.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Fonte de Financiamento: nada a declarar.

Resumo

Um trauma dentário que gera uma lesão periapical persistente após o tratamento endodôntico pode exigir uma intervenção cirúrgica para que se obtenha sucesso no procedimento. O presente trabalho teve por objetivo apresentar um tratamento endodôntico de um abscesso periapical crônico derivado de um trauma dentário com complementação cirúrgica, associando a técnica do cone rolado no dente 11, restabelecendo a função e saúde. Paciente C.P, masculino, 30 anos, compareceu à clínica relatando traumatismo no dente 11, com fístula intraoral e queixa de líquido purulento. Portanto, após a radiografia periapical e exame clínico com uma anamnese detalhada, o diagnóstico foi de abscesso periapical crônico nos dentes 11, 12 e 13. O caso foi realizado com auxílio de tomografia computadorizada, medicações intracanal no protocolo de tratamento endodôntico, obturações dos canais e posteriormente, complementação cirúrgica através da apicectomia. Os resultados obtidos evidenciaram que a associação do procedimento endodôntico com a apicectomia é capaz de concluir o tratamento de forma que não haja recontaminação do ápice dos dentes em questão. Desta forma, concluiu-se que a cirurgia parendodôntica como complementação ao tratamento endodôntico dos elementos com abscesso periapical crônico, traz maior sucesso quando existe permanência dos sinais e sintomas.

Palavras-Chave: Abscesso periapical crônico; Apicectomia; Trauma dentário.

Abstract

A dental trauma that leads to persistent periapical injury after endodontic treatment may require surgical intervention for successful outcomes. The present study aimed to present an endodontic treatment of a chronic periapical abscess resulting from dental trauma with surgical complementation, utilizing the technique of cone-in-cone on tooth 11, restoring function and oral health. Patient C.P., male, 30 years old, visited the clinic reporting a trauma to tooth 11, with an intraoral fistula and complaints of purulent discharge. Therefore, after periapical radiography and a detailed clinical examination with comprehensive medical history, the

diagnosis was chronic periapical abscess in teeth 11, 12, and 13. The case was performed using computed tomography, intracanal medication following the endodontic treatment protocol, canal obturation, and subsequently, apicectomy. The results obtained demonstrated that the combination of endodontic procedure with apicectomy is capable of successfully concluding the treatment, preventing recontamination of the apices of the affected teeth. Thus, it was concluded that periapical surgery, performed following endodontic treatment, yields greater success in treating chronic periapical abscess when persistent signs and symptoms are present in the treated teeth.
Keywords: Chronic periapical abscess; Apicoectomy; Dental trauma.

Introdução

A polpa dentária é um tecido conjuntivo frouxo rodeado por estruturas mineralizadas. Constitui-se por células mesenquimais indiferenciadas com propriedades de diferenciação, possuindo potencial reparador contra possíveis danos causados por microrganismos, ou traumas, originando a necrose pulpar (ESTRELA, 2007; YU, ABBOTT, 2007) (SOUZA, 2021).

A necrose pulpar é uma condição na qual a polpa dentária perde sua função vital, levando a um processo de degeneração tecidual. Essa degeneração pode ser de dois tipos: séptica, quando a polpa enfraquecida não consegue resistir às bactérias invasoras, resultando em proliferação bacteriana; ou asséptica, causada por traumas que privam o tecido de nutrientes, levando à rápida decomposição sem um processo inflamatório significativo (KIRCHHOFF et al., 2013) (PASSOS, 2014) (GOES, 2019).

Após o trauma dentário, a polpa ficará necrótica e poderá gerar complicações, como a lesão periapical e a reabsorção óssea, sendo elas isoladas ou coexistentes (VAZ et al., 2011; SILVEIRA et al., 2013) (CICOTTI, 2021).

A tomografia computadorizada de feixe cônico é altamente relevante em casos de traumas dentários, pois oferece excelente detecção de lesões periapicais, fraturas e luxações radiculares horizontais, bem como reabsorções radiculares precoces e reabsorções ósseas. (ENDO et al., 2016; BARROS et al., 2020) (CICOTTI, 2021).

O teste térmico a frio determina a resposta da polpa, enquanto a percussão vertical e lateral avalia inflamações periapicais e periodontais com base na resposta do paciente. Isso nos permite diagnosticar o estado de inflamação na polpa de forma mais precisa. (CARROTE, 2004) (SOUZA, 2021).

O abscesso periapical crônico é uma área purulenta de progressão lenta e assintomática. Pode haver uma pequena saída de pus pelo canal radicular ou uma fístula intraoral. Em estágios crônicos, pode ocorrer a formação de trajetos fistulosos, especialmente quando há fatores como bolsas periodontais e perda óssea envolvidos. (GROSSMAN, 1983; NOBUHARA, 1993; GARCÍA, et al., 2007; CAMPANELLI, et al, 2008; ESTRELA, et al., 2008; KIRCHHOFF et al., 2013).

O prognóstico é favorável desde que o caso se enquadre dentro das indicações precisas dos tratamentos conservadores – tratamento endodôntico e obturação do canal e/ou cirurgia parendodôntica, a apicectomia (KIRCHHOFF, VIAPIANA e RIBEIRO, 2013) (CICOTTI, 2021).

Principalmente em casos de necrose pulpar se torna essencial o tratamento endodôntico respeitando sua sequência clínica, e o uso da medicação intracanal para auxiliar no controle da infecção (SOLOMON et al., 1995; ESTRELA et al., 2008; JIVOINOVICI et al., 2014; DUQUE et al. 2018) (AQRABAWI; JARBAWI, 2004; ROTSTEIN & SIMON, 2004) (SOUZA,2021).

A remoção do conteúdo tóxico do canal radicular ocorre durante o preparo biomecânico, utilizando instrumentos

endodônticos e solução irrigadora. O hipoclorito de sódio é amplamente utilizado devido ao seu baixo custo e eficácia antibacteriana e química (JUNIOR, 2012) (GOES, 2019) (RIBEIRO & CAMARGO, 2019).

Entre as medicações intracanal, o hidróxido de cálcio se destaca por possuir grande efeito antimicrobiano e mineralizador, além de ter pH alto com efeito bactericida (ESTRELA et al, 1995; DOTTO, 2006; KÜHL; AZEVEDO, 2021).

A terapia do canal radicular é o tratamento inicial para problemas pulpar e periodontal, mas quando o ápice está exposto, pode ser necessário uma apicectomia e selamento radicular para selar o forame e descontaminar áreas de difícil acesso. (CARRANZA, 2019) (SOUZA, 2020).

A técnica do cone rolado é usada para preencher canais largos. Envolve o aquecimento e fusão de dois ou três cones em um cone amplo, que é então resfriado, desinfetado, ajustado ao comprimento desejado e testado radiograficamente antes da obturação do canal. Se necessário, pode ser modificado para aumentar ou diminuir o diâmetro. Importante lembrar de não usar cimento durante o teste do cone para evitar a sobreobturação. (BERGER, 2002).

Segundo Morales V. et al. (2014) a cirurgia parendodôntica, ou apicectomia, é indicada quando há excesso de material obturador além do ápice, fratura de raiz, perfuração, incapacidade de retratamento, corpo estranho no ápice, exsudatos nos canais ou grandes reabsorções. A cirurgia é contraindicada em casos de saúde desfavorável, comprimento radicular inadequado, perda óssea significativa ou dificuldade de acesso. É realizada quando o tratamento endodôntico não tem prognóstico favorável.

Berger et al. (2018) recomendaram cortar a raiz usando uma broca tronco cônica refrigerada com soro fisiológico, posicionada perpendicularmente ao eixo radicular, removendo o mínimo de distal para mesial com movimentos de remoção e introdução.

Existem várias técnicas cirúrgicas disponíveis, incluindo apicectomia, apicectomia com obturação retrógrada, apicectomia com instrumentação, obturação retrógrada do canal radicular e curetagem periapical. Cada uma delas é indicada para situações específicas. (SOUZA, 2020).

Vários casos estudados em 2019 mostraram que a cirurgia periapical é um procedimento realizado com o objetivo de tratar efetivamente as lesões periapicais resultadas de necrose pulpar relacionadas a exsudação, as quais demonstram uma maior insuficiência endodôntica e regridem apenas por cirurgia paraendodôntica (SOUZA, 2020).

Quando o tratamento endodôntico convencional falha ou os sintomas persistem, a cirurgia parendodôntica é uma opção. Ela visa eliminar microrganismos que ainda estão presentes em áreas como túbulos dentinários e ramificações, proporcionando uma segunda chance de sucesso ao tratamento.

Mediante um relato de caso, esse trabalho propõe-se a evidenciar os aspectos do abscesso periapical crônico, diagnóstico e plano de tratamento adequados, visando aliviar os sintomas desta patologia, restabelecendo saúde e função do paciente. Esperamos contribuir para futuros estudos e agregar valor à comunidade científica.

Materiais e Métodos

Esta pesquisa é um estudo básico, qualitativo e explicativo que envolve o relato de um caso clínico. Foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais, Ponta Grossa, com o número CAAE-70041623.3.0000.5215. O estudo está inserido na área da Saúde, tendo como campo a Odontologia, direcionada para a especialidade de Endodontia. Todos os aspectos éticos foram preservados de acordo com a Resolução 466/12 do

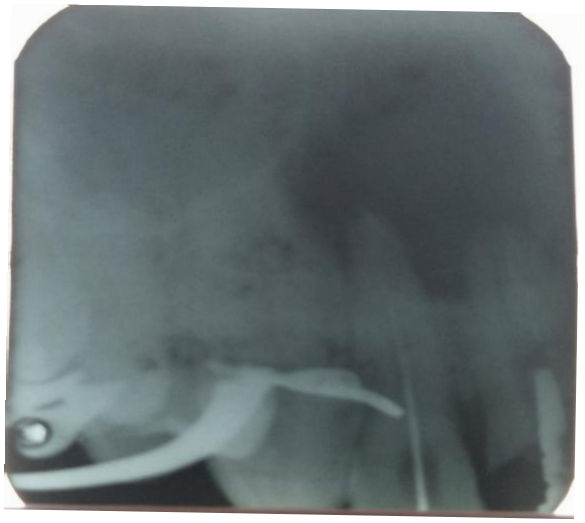
Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. A execução do caso clínico foi realizada na Clínica de Odontologia do CESCAGE, Ponta Grossa – PR.

Fornecemos ao participante do estudo um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua assinatura, explicando todos os riscos e benefícios da pesquisa. O sigilo do nome do paciente foi rigorosamente mantido, não sendo divulgado em nenhum momento.

Caso clínico:

Um paciente do sexo masculino, 30 anos de idade, sem problemas sistêmicos, procurou atendimento odontológico devido a sintomas de pus e mau gosto na boca. Após avaliação da saúde geral, histórico odontológico e anamnese, foi revelado que ele havia sofrido um trauma na infância que resultou em uma fratura horizontal no dente 11. Anos depois, uma coroa de cerâmica e um pino foram colocados nesse dente. Uma fístula estava presente no fundo de vestíbulo correspondente ao dente 11. A radiografia mostrou uma área radiolúcida próxima às raízes dos dentes 11 e 12, diagnosticada como um abscesso periapical crônico. Plano de tratamento: retratamento endodôntico no dente 11 e tratamento endodôntico no dente 12. Após avaliação da radiografia periapical, testes de percussão e teste térmico, iniciamos o tratamento endodôntico. Realizamos cavidade de acesso do dente 11 com fresa diamantada 1014 e isolamento (Figura 2). Posteriormente, realizamos a instrumentação com limas tipo Kerr. O CA (Comprimento aparente): 14mm e a patência foi com instrumento #25. O pus drenou pelo canal. Odontometria com a lima #25. O CR (Comprimento real): 14mm e o CT (Comprimento de trabalho): 13mm. Realizamos a limagem com patência e irrigação com hipoclorito de sódio e soro fisiológico. O instrumento memória foi o #50. Medicamos com bolinha de algodão e hidróxido de cálcio P.A com soro fisiológico e cimentamos o pino e a coroa (Figura 1).

Figura 1- Radiografia periapical dos dentes 11 e 12.



Fonte: Autores (2022).

Figura 2- Abertura cavitária.



Fonte: Autores (2022).

Uma semana depois, ainda havia sintomatologia. Anestesiamos, isolamos com grampo no dente 14 pela inacessibilidade. Realizamos abertura do dente 12 e posterior instrumentação com limas tipo Kerr. O CA: 22 mm com lima de patência #15. Realizamos odontometria com a lima #15. CR: 20mm e CT: 19mm. Fizemos a limagem com patência, irrigação com hipoclorito de sódio e soro fisiológico. O instrumento memória foi o #35. A medicação foi a mesma seguindo o protocolo e posterior restauração provisória e cimentação do pino. No dente 11 isolamos, abrimos e realizamos a patência. Drenamos o exsudato e irrigamos. A medicação foi a mesma seguindo o protocolo e posterior restauração provisória e cimentação do pino. Após uma semana, o paciente ainda tinha sintomas, então repetimos todo o

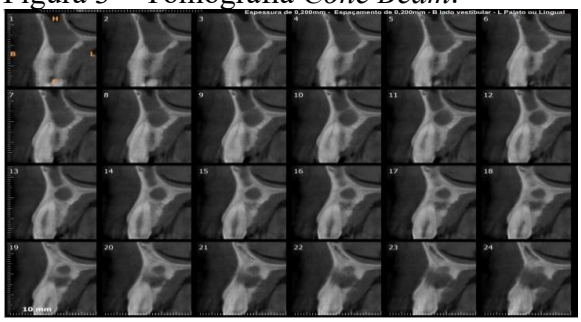
procedimento. Na semana seguinte, devido à persistência dos sintomas, trocamos a medicação intracanal. Isolamos, realizamos patência e irrigação, usando clorexidina gel 2% nos dentes 11 e 12 como medicação, com bolinha de algodão para proteção e restauração provisória, seguida pela cimentação do pino. Duas semanas após o tratamento, o paciente teve exsudação persistente, sem melhora. Optamos por trocar a medicação, usando pasta de Paramonoclorofenol Canforado, iodofórmio e hidróxido de cálcio P.A. Realizamos patência, irrigação com soro fisiológico para neutralizar a clorexidina 2%, e aplicamos a medicação nos dentes 11 e 12. Colocamos uma bolinha de algodão para proteção, restauração provisória e cimentação do pino. Após mais duas semanas, o paciente relatou dor, mas não seguiu a prescrição de Dexametasona, usando apenas Paracetamol. Realizamos todo o procedimento e continuamos com a clorexidina gel 2%. Não foi cimentado o pino e a coroa, somente colocamos resina composta na mesial do dente 21, na mesial do dente 12 e fotopolimerizamos. Solicitamos uma tomografia *Cone Beam* (Figura 3) para posteriormente vermos qual seria o procedimento realizado.

Após duas semanas, o paciente retornou à clínica com a tomografia (Figura 3). Foi constatado que o ápice do dente 13 foi acometido pela lesão periapical, então optamos por fazer o tratamento endodôntico dos 3 elementos e posterior apicectomia.

Radiografamos o dente 13 que constatou CA:27 mm. Isolamos e fizemos a abertura (Figura 4) com fresa diamantada 1014. Fizemos a pré-instrumentação (Figura 5) com limas tipo Kerr #20 até a #25. Irrigamos a cada instrumentação. Medicamos com hidróxido de cálcio P.A e líquido do anestésico Citocaína com bolinha de algodão na cavidade, seguindo de restauração provisória.

Após uma pausa de três meses no tratamento, decidimos refazer a medicação intracanal nos três dentes, usando hidróxido de cálcio P.A e soro fisiológico. Realizamos o procedimento completo, seguido pela restauração provisória e cimentação do pino. No entanto, após duas semanas, o paciente ainda tinha pus, então renovamos a medicação intracanal apenas no dente 13, usando hidróxido de cálcio P.A e soro fisiológico. Após duas semanas o paciente voltou à clínica. Realizamos a inspeção física e não havia drenagem de coleção purulenta. Radiografamos os dentes 11, 12 e 13 e analisamos uma regressão da lesão. Optamos por obturar os dentes na próxima sessão para ver como a lesão iria se comportar.

Figura 3 – Tomografia *Cone Beam*.



Fonte: Autores (2022).

Figura 4- Abertura cavitária do dente



Fonte: Autores (2022).

Figura 5- Limagem do dente 13.



Fonte: Autores (2022).

Paciente retornou à clínica e observamos uma suspensão do processo purulento. Elegemos a obturação dos dentes 12 e 13.

Anestesiamos, isolamos e iniciamos o processo da obturação. Realizamos a abertura do dente 13 com fresa 1014 e irrigamos o canal com hipoclorito de sódio. Em seguida, secamos com cone de papel absorvente referente ao Instrumento Memória #40 do dente 13. Iniciamos a prova do cone, no qual utilizamos o cone de guta percha número 40 com o CT:22mm, tendo seu CR:24mm. Radiografamos o cone e o observamos ajustado ao canal. Em seguida, realizamos obturação com o cimento endodôntico, e condensamos com condensador rotatório McSpadden. Fizemos o corte do excesso com condensador de gutapercha. Finalizamos com uma radiografia do dente 13. No dente 12, realizamos a abertura com fresa 1014 e irrigamos o canal com hipoclorito de sódio. Em seguida, secamos com cone de papel absorvente referente ao Instrumento Memória #45 do dente 12. Iniciamos a prova do cone, no qual utilizamos o cone de guta percha número 45 como o CT:19. Radiografamos o cone e o observamos ajustado ao canal. Em seguida, inserimos o cimento endodôntico, e condensamos com condensador rotatório McSpadden. Fizemos o corte do excesso com condensador de gutapercha. Finalizamos com uma radiografia do dente 12. Finalizamos com a restauração provisória nos dois dentes (Figura 7).

Figura 6- Radiografia dos canais dos dentes 11, 12 e 13 acessados.



Fonte: Autores (2022).

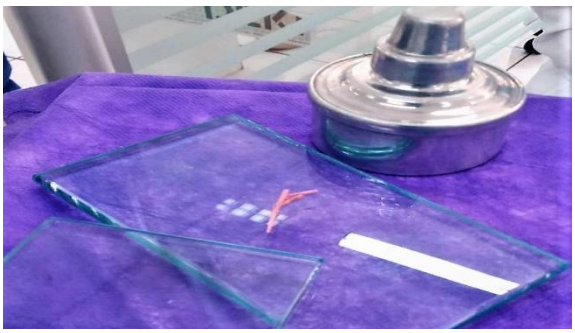
Figura 7- Dentes 12 e 13 obturados com restauração provisória em Cimento de Ionômero de Vidro.



Fonte: Autores (2023).

Dois dias depois, o paciente retornou para a obturação do dente 11. Realizamos a anestesia, isolamos a área e abrimos o dente com uma fresa 1014. O canal foi irrigado com hipoclorito de sódio e seco com um cone de papel absorvente #80 devido à sua largura. Utilizamos a técnica do cone enrolado para adaptá-lo ao canal (Figura 8). Radiografamos para ajustar e verificar, mas não conseguimos concluir a obturação, optando por cimentar provisoriamente o pino. Após poucos dias, realizamos uma abertura do dente 11, anestesiamos e isolamos, secamos o canal com cone de papel absorvente e realizamos prova do cone. Em seguida, inserimos o cimento endodôntico, condensamos com condensador rotatório McSpadden, e cortamos o excesso com condensador de gutapercha (Figura 9). Retiramos uma quantidade do cone de gutapercha necessária para a cimentação do pino com a broca Largo compatível com a largura do canal. Após isso, cimentamos o pino e a coroa

Figura 8- Técnica do cone enrolado.



Fonte: Autores (2023).

Figura 9- Dente 11 obturado.



Fonte: Autores (2023).

Após o tratamento endodôntico, o paciente retornou para uma apicectomia. O campo operatório foi desinfetado com iodo e uma anestesia infiltrativa foi administrada nos dentes 11, 12 e 13. Em seguida, foi realizada uma incisão de Neumann com uma lâmina de bisturi 15. (Figura 10). Descolamento mucoperiostal (Figura 11) e iniciamos a remoção de toda a lesão (Figura 13), sugando o conteúdo inflamatório, até aparecer o ápice dos dentes tratados. Realizamos o corte horizontal do ápice dos dentes 11, 12 e 13 (Figura 14) com fresa cilíndrica 2135. Após o corte, finalizamos a remoção da parte fibrótica da lesão e limpeza com gaze e pinça hemostática (Figura 15) e irrigação com soro fisiológico. Após a cirurgia, a gengiva foi suturada com pontos simples (Figura 16). O paciente recebeu orientações para irrigar o local com soro fisiológico e realizar uma limpeza cuidadosa. Foram prescritos medicamentos anti-inflamatórios, analgésicos e antibióticos para dor e possível inflamação. O paciente retornou após uma semana para verificar a sutura

Figura 10- Incisão de Neumann.



Fonte: Autores (2023).

Figura 11- Descolamento gengival.



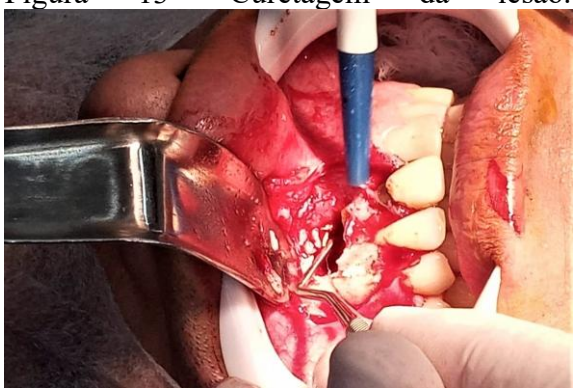
Fonte: Autores (2023).

Figura 12- Cavidade acessada do osso.



Fonte: Autores (2023).

Figura 13- Curetagem da lesão.



Fonte: Autores(2023).

Figura 14- Corte do ápice dos dentes 11,12 e 13.



Fonte: Autores (2023).

Figura 15- Limpeza da cavidade com gaze.



Fonte: Autores (2023).

Figura 16- Sutura.



Fonte: Autores (2023).

Figura 17- Conteúdo fibrótico da lesão.



Fonte: Autores (2023).

Figura 18- Sutura após uma semana.



Fonte: Autores (2023).

Após uma semana, verificamos a sutura e observamos sinais de inflamação em alguns pontos, decidindo removê-la na próxima semana (Figura 18). O paciente retornou à clínica, e a sutura foi retirada com tesoura. Fizemos uma radiografia pós apicectomia (Figura 19), concluido todo o tratamento.

Figura 19- Radiografia pós apicectomia.



Fonte: Autores (2023).

Figura 20- Aspecto final do tratamento.



Fonte: Autores (2023).

Resultados e discussão

Devido a falhas no tratamento endodôntico, várias patologias podem surgir na cavidade oral, as quais originadas de processos inflamatórios envolvendo as estruturas do periápice radicular (NUDERA, 2018; ANDRADE, 2019).

O estudo de Shen et al. (2016) destaca que vários fatores podem afetar a taxa de insucesso em tratamentos endodônticos, incluindo complexidade dos canais, preparo inadequado dos condutos (desinfecção, instrumentação e obturação), acesso difícil e restauração inadequada. A apicectomia é recomendada quando o tratamento convencional não é eficaz (BICCA, 2021).

Alguns estudos nos mostram que com relação ao tempo, a cirurgia paraendodôntica

têm melhor prognóstico quando comparado ao tratamento convencional. Torabinejad M, et al. (2009) verificaram que no tempo de 2-4 anos, o sucesso para a cirurgia endodôntica foi 77,8% e o retratamento não cirúrgico que foi de 70,9%. Em 4-6 anos, a porcentagem do retratamento não cirúrgico foi de 83,0% e 71,8% para cirurgia endodôntica. Por outro lado, Kang et al. (2015), em uma revisão sistemática da literatura, verificaram que a taxa em um intervalo menor que 4 anos, foi maior para a cirurgia parendodôntica (92%) e menor para o retratamento não cirúrgico (80%), favorecendo à cirurgia parendodôntica.

Estudos mais recentes mostram que nos últimos cinco anos, as taxas de sucesso têm chegado próximo a 90%, representando uma alta taxa de cura após cirurgia (BICCA, 2021).

Considerando o fator idade, alguns autores em concordância com Serrano; Sánchez; Gay-Escoda, (2015), Tsesis, et al; (2009), mostraram taxa de sucesso maior em pacientes com menos de 45 anos (90%) do que pacientes com 45 anos ou mais (80,9%). Já Kreisler, et al, (2013) mostraram que a taxa é maior entre 31 a 40 anos de idade. Von; Peñarrocha; Jensen; (2008), com meta análise, mostraram que idade não é um fator com grande relevância. Portanto, pode ser indicado para idosos.

O fator que mais influencia no sucesso é o tamanho da lesão segundo a maioria dos autores. Para Serrano; Sánchez; Gay-Escoda, (2015) lesões em um período de 4 a 10 anos, ≤ 10mm tiveram uma taxa maior (80%), lesões maiores tiveram uma taxa de sucesso inferior (53%). Para Stuart, (2015) e Kreisler, et al, (2013), lesões menores também apresentaram melhor prognóstico (BICCA, 2021).

O tipo de dente (mais favorável em incisivos e caninos) é um fator que afeta o prognóstico do tratamento parendodôntico, de acordo com uma análise de 23 artigos. Além disso, o prognóstico é influenciado pela saúde geral do paciente, presença de doenças sistêmicas, tempo, tamanho da lesão e qualidade do atendimento, que inclui o processo pré-operatório, diagnóstico, planejamento, procedimento cirúrgico (anestesia, hemostasia, incisão, elevação cuidadosa do retalho, osteotomia conservadora, remoção do tecido patológico, apicectomia e sutura) e acompanhamento pós-cirúrgico com radiografias após 3 e 6 meses para avaliar a reparação óssea (BICCA, 2021).

Conclusão

A cirurgia parendodôntica no tratamento do abscesso periapical crônico, após tratamento endodôntico realizado, traz maior sucesso quando há permanência dos sinais e sintomas no dente tratado. O conhecimento da técnica operatória, dos materiais endodônticos e a execução da cirurgia parendodôntica é de extrema importância para o planejamento e execução da reabilitação. O caso clínico apresentado obteve sucesso ao tratamento proposto.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por nos dar saúde e força para superar as dificuldades. A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que demonstrou estar comprometido com qualidade e excelência de ensino.

Ao nosso orientador Prof. Daniel Sponholz Farhat, pela dedicação à elaboração deste trabalho, pelo suporte, correções e incentivos.

Aos nossos pais, Elcione e Vanderlei, Edina e Edson, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos nossos irmãos Felipe, Bernardo e Igor Kalil pelo companheirismo, conselhos e encorajamento.

Gratidão aos nossos namorados, Fernando e Igor Eduardo, que estiveram ao nosso lado durante o percurso acadêmico.

REFERÊNCIAS

ABBOTT, P. V.; YU, C. A clinical classification of the status of the pulp and the root canal system. **Australian Dental Journal**, v. 52, n. 1 SUPPL., p. 17–31, 2007. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17546859/. Acesso em: 10 nov. 2022.

ANDRADE, Jannine Barreto. **Retratamento endodôntico com cirurgia parendodôntica: relato de caso clínico**. 2019. 48 f. TCC (Doutorado) - Curso de Bacharelado em Odontologia, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, 2019.Disponível em: Acesso em: 5 de jun. 2023.

BARROS, Íris Régia Ventura; PEREIRA, Karollyne Rodrigues; SANTOS, Ana Luiza Cabral Mendes; VÉRAS, Júlia Gabriela Teixeira de Carvalho; PADILHA, Ellen Marcella Freire; PEREIRA, Karollyne Rodrigues; LESSA, Samara Verçosa; LINS, Fernanda Freitas. Traumatismos dentários: da etiologia ao prognóstico, tudo que o dentista precisa saber. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 45, p. e3187, 2 abr. 2020.

BERGER, Carlos Roberto. **Endodontia Clínica**. São Paulo: Pancast, 2002. 572 p.

BICCA, Larissa de Andrade. **Prognóstico da cirurgia parendodôntica: uma revisão integrativa da literatura.** 2021. Monografia (Graduação em Odontologia) – Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 28 jun. 2021. Disponível em: http://hdl.handle.net/10737/3223. Acesso em: 20 de maio de 2023.

CARRANZA, Nelson; ROJAS, Mariana A.. Treatment of an Advanced Gingival Recession Involving the Apex of the Tooth: periodontal plastic, endodontic surgical approach with a laterally stretched flap and a connective tissue graft. **Clinical Advances In Periodontics**, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 70-76, 23 jan. 2019. Wiley. http://dx.doi.org/10.1002/cap.10054. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498574/. Acesso em: 20 nov. 2022.

CARROTTE, P. Endodontics: Part 2. Diagnosis and treatment planning. **British Dental Journal**, v. 197, n. 5, p. 231–238, 2004. Disponível em:https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15359316/. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

CICOTTI, Marina Pellegrini; BUENO, Carlos Eduardo da Silveira. Traumatismo em incisivo central superior com abscesso periapical crônico e reabsorção radicular interna: caso clínico. In: II CONGRESSO NACIONAL DE INOVAÇÕES EM SAÚDE, II., 2021, Fortaleza. **Congresso.** Fortaleza: Socepis, 2021. p. 1-9. Disponível em: https://doity.com.br/media/doity/submissoes/60de77c8-08ec-4d8b-aab6-59020a883292-ii-con ais--trabalho-completo2-marina-pellegrini-cicottipdf.pdf. Acesso em: 10 nov. 2022.

DUQUE, Thais M.; PRADO, Maira; HERRERA, Daniel R.; GOMES, Brenda P. F. A.. Periodontal and endodontic infectious/inflammatory profile in primary periodontal lesions with secondary endodontic involvement after a calcium hydroxide-based intracanal medication. **Clinical Oral Investigations**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 53-63, 23 mar. 2018. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1007/s00784-018-2401-6. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29572688/. Acesso em: 10 nov. 2022.

KANG, Minji; JUNG, Hoi In; SONG, Minju; KIM, Sue Youn; KIM, Hyeon-Cheol; KIM, Euiseong. Outcome of nonsurgical retreatment and endodontic microsurgery: a meta-analysis. **Clinical Oral Investigations**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 569-582, 18 jan. 2015. Springer Science and Business Media LLC. http://dx.doi.org/10.1007/s00784-015-1398-3. Disponível em:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25595864/ . Acesso em: 05 jun. 2023.

KIRCHOFF, Alison Luís; VIAPIANA, Raqueli; RIBEIRO, Rodrigo Gonçalves. Repercussões periapicais em dentes com necrose pulpar. **Revista Gaúcha Odontologia**, Porto Alegre, v. 61, n. 0, p. 469-475, dez. 2013. Disponível em:http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rgo/v61s1/a07v61s1.pdf. Acesso em: 16 de nov. 2022.

KREISLER, Matthias; GOCKEL, Ricarda; AUBELL-FALKENBERG, Silvia; KREISLER, Thomas; WEIHE, Christoph; FILIPPI, Andreas; KÜHL, Sebastian; SCHÜTZ, Silvio; D'HOEDT, Bernd. Clinical outcome in periradicular surgery: effect of patient- and tooth-related factors - a multicenter study. **Quintessence International**, [S.L.], v. 44, n. 1, p. 53-60, 28 nov. 2012. Quintessenz Verlags-GmbH. http://dx.doi.org/10.3290/j.qi.a28742. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23444162/ . Acesso em: 06 jun. 2023.

MORALES, Vanessa. **Indicações e índice de sucesso da apicectomia**. 2014. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Endodontia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014. Disponível em: https://repositorio.unicamp.br/Busca/Download?codigoArquivo=513044. Acesso em: 20 nov. 2022.

PASSOS, Simara Maia. **Microbiologia das Infecções Endodônticas.** 2014. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Endodontia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/BUOS-9PMGVH. Acesso em: 16 nov. 2022.

RIBEIRO, Ana Luiza Momenté; CAMARGO, Junnia Christina Soares.**Comparação da eficácia antimicrobiana de solucões irrigadoras: hipoclorito de sódio 2,5% e clorexidina 2%.** 2019. 24 f. TCC (Graduação) -Curso de Odontologia, Universidade de Uberaba, Uberaba -Mg, 2019.

ROTSTEIN, Ilan; SIMON, James H. S.. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. **Periodontology 2000**, [S.L.], v. 34, n. 1, p. 165-203, fev. 2004. Wiley. http://dx.doi.org/10.1046/j.0906-6713.2003.003431.x. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14717862/ . Acesso em: 10 nov. 2022.

SERRANO-GIMENEZ, Mireia; SANCHEZ-TORRES, Alba; GAY-ESCODA, Cosme. Prognostic factors on periapical surgery: a systematic review. **Medicina Oral Patología Oral y Cirugia Bucal**, [S.L.], p. 715-722, 2015. Medicina Oral, S.L. http://dx.doi.org/10.4317/medoral.20613. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26449431/ . Acesso em: 06 jun. 2023.

SHEN, Y. et al. Current Challenges and Concepts of the Thermomechanical Treatment of Nickel-Titanium Instruments. **Journal of Endodontics**, v. 39, n. 2, Feb. 2013.Disponível em:https://www.aae.org/specialty/wpcontent/uploads/sites/2/2017/07/shenchallengesconceptsniti.pdf. Acesso em: 20 de maio de 2023.

SILVEIRA, Luiz Fernando Machado; GONÇALVES, Letycia Barros; DAMIAN, Melissa Feres; CRUZ, Luis Eduardo Rilling da Nova; XAVIER, Cristina Braga; MARTOS, Josué. Frequência de reabsorção radicular inflamatória decorrente de trauma em dentes anteriores. **RFO UPF**, v. 18, n. 2, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122013000200011. Acesso em: 10 nov. 2022.

SOUZA, Bruna Daher de Carvalho e. **A influência da necrose pulpar no tratamento das lesões endo perio – Revisão de literatura.** 2021. 32 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/228166/Bruna%20Daher%20(2).pdf?sequence=1. Acesso em: 10 de nov. de 2022.

SOUZA, Igor Marques Mundim de. **Cirurgia paraendodôntica: apicectomia.** Orientador: Antônio Eduardo Ribeiro Izidro. 2020. 9f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos, 2020. Disponível em: https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/475. Acesso em: 20 nov. 2022.

TORABINEJAD, Mahmoud; CORR, Robert; HANDYSIDES, Robert; SHABAHANG, Shahrokh. Outcomes of Nonsurgical Retreatment and Endodontic Surgery: a systematic review. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 35, n. 7, p. 930-937, jul. 2009. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2009.04.023. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19567310/. Acesso em: 05 jun. 2023.

TSESIS, Igor; ROSEN, Eyal; TASCHIERI, Silvio; STRAUSS, Yoel Telishevsky; CERESOLI, Valentina; FABBRO, Massimo del. Outcomes of Surgical Endodontic Treatment Performed by a Modern Technique: an updated meta-analysis of the literature. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 39, n. 3, p. 332-339, mar. 2013. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.044. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23402503/. Acesso em: 06 jun. 2023.

VON ARX, Thomas; PEÑARROCHA, Miguel; JENSEN, Storgård. Prognostic Factors in Apical Surgery with Root-end Filling: a meta-analysis. **Journal Of Endodontics**, [S.L.], v. 36, n. 6, p. 957-973, jun. 2010. Elsevier BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2010.02.026. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20478447/. Acesso em: 06 jun. 2023.