



Carvalho, CSH
Orientadora: Profa. Ms. Ricardo, ALF
Universidade Santo Amaro
Departamento de Odontologia - São Paulo - SP

INTRODUÇÃO

A apicectomia é um procedimento cirúrgico usado para a manutenção de um elemento dentário e tem indicação quando a terapêutica endodôntica esgota suas possibilidades. Visa remover a lesão apical, ressecção do ápice radicular, a eliminação dos microrganismos e zonas de imperfeição do pericemento apical e a verificação e/ou fechamento hermético deste⁽¹⁾.

OBJETIVO

Este trabalho tem por objetivo, através de revisão da literatura, mostrar a apicectomia como uma alternativa viável a ser considerada quando o tratamento endodôntico esgota suas possibilidades.

DISCUSSÃO

Devido ao grande desenvolvimento da endodontia, a intervenção cirúrgica tem diminuído, mas em alguns casos bem indicados tal modalidade pode nos levar ao sucesso clínico^(2,3,9,10).

A cirurgia parendodôntica é indicada em:

- Casos de infecções periapicais persistentes.
- Acessos coronais restritos devido a um insuficiente selamento retrógrado ou pinos radiculares que tenham impossibilidade de remoção.
- Perfuração e fratura do terço apical.
- Calcificações pulpareas no terço cervical e médio⁽³⁾.

De acordo com diversos autores, a curetagem periapical (**Figura 1**), apicectomia (**Figura 2**), apicectomia com instrumentação e obturação do canal radicular via retrógrada (**Figura 3**) e a obturação do canal simultânea (**Figura 4**) ao ato cirúrgico, são as modalidades cirúrgicas mais usadas^(2,3,4,6,9).

Na apicectomia realiza-se ressecção apical da raiz durante o procedimento cirúrgico. Na técnica de obturação retrógrada realiza-se uma cavidade no ápice radicular e sua obturação. A obturação do canal pode ser realizada juntamente com a curetagem apical, quando a endodontia necessita ser concluída na cirurgia, sendo chamada obturação simultânea. Na retroinstrumentação com retrobturação é feita a curetagem apical e a instrumentação e obturação do canal através do acesso apical^(1,5,9).

Graziani (1995) diz que o corte radicular deve ser em bisel, voltado para o operador, para que este possa optar pela obturação retrógrada ou não⁽¹⁾. Enquanto Testori (1999) e Chandler e Khoshy (2002) dizem que o ângulo do bisel deve ser mínimo, para reduzir o número de túbulos dentinários expostos⁽⁵⁾.

Para Gagliani *et al.* (2005), o uso de recursos tecnológicos como ultrassom e microscópio operatório, durante a cirurgia, tornam-se excelentes recursos auxiliares⁽⁶⁾. Lopes, HP e Siqueira Júnior, JF (2004) complementam dizendo que o microscópio operatório revolucionou a endodontia e trouxe inúmeras vantagens por proporcionar maior iluminação e magnificação do campo operatório^(7,10).

Obturar o canal radicular antes ou durante a cirurgia periapical tem mostrado resultados confrontantes. Harnish & Grieger (1967) obtiveram melhores resultados quando os mesmos foram obturados anteriormente. Já Grung, Molven, Halse (1990), Molven & Grung (1991), Rud & Andreasen (1972) julgam que a obturação simultânea, corretamente indicada, oferece melhores perspectivas de sucesso pois, a exposição cirúrgica do periápice possibilita direta avaliação das condições anatômicas da raiz; em casos de constante drenagem de exsudato via canal radicular, a remoção da lesão periapical possibilita melhor secagem do mesmo para sua imediata e hermética obturação; além de permitir obturação mais eficiente com preenchimento de canais laterais e secundários^(7,8). Confrontando tal ideia, Lutsman, Friedman, Shaharabany (1991), Kuga *et al.* (1992) e Soares *et al.* (2006) dizem que a retroinstrumentação seguida de retrobturação não resolve os problemas inerentes ao canal radicular com deficiente saneamento e selamento⁽⁹⁾, porém, Xavier e Zambrano (2001) relataram alto índice de sucesso quando a cavidade retrógrada era realizada com ultrassom⁽⁵⁾.

Lodi *et al.* (2008, **Figura 5**) fizeram um relato de caso de sucesso de cirurgia parendodôntica⁽⁹⁾.

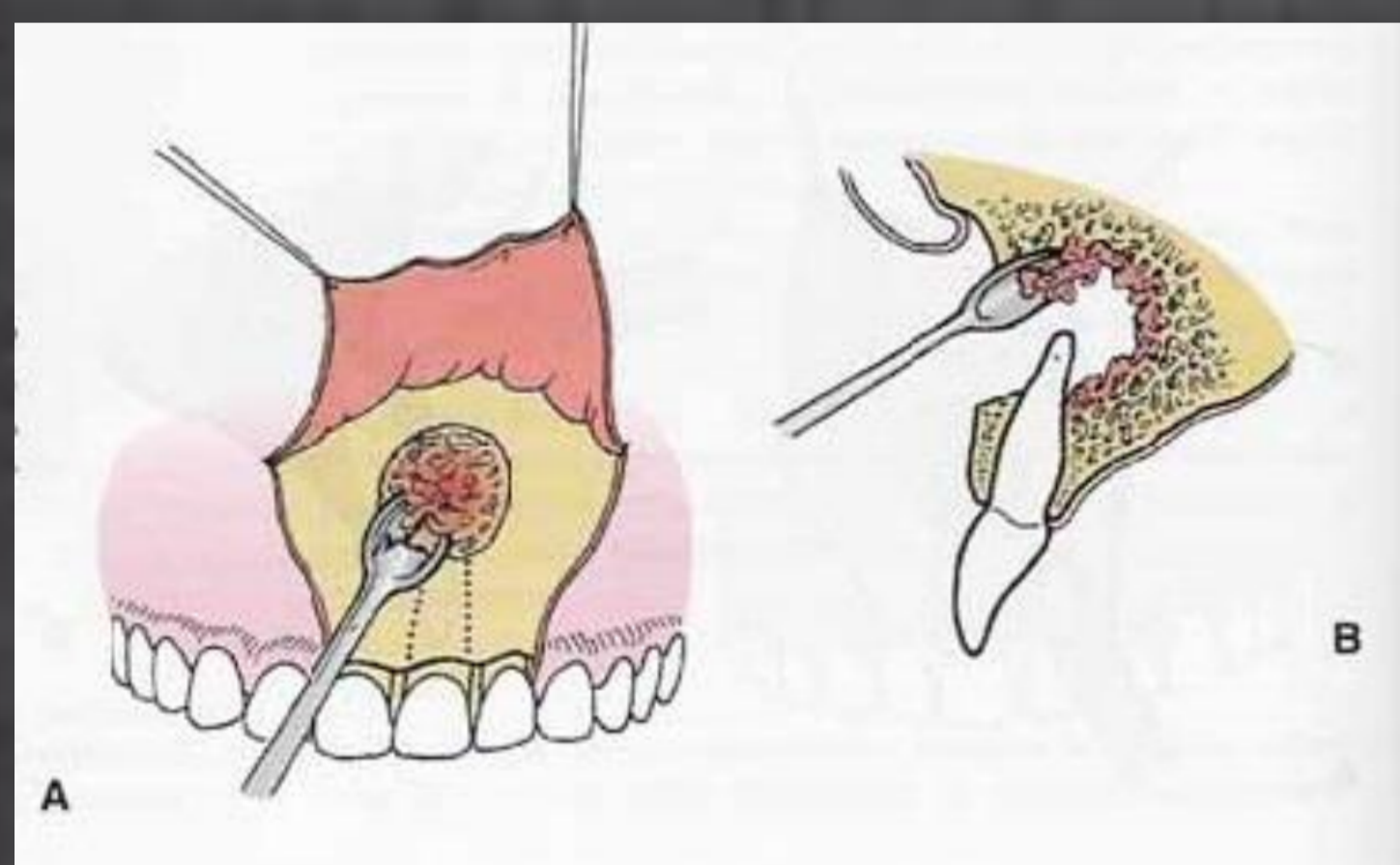


Figura 1: Curetagem periapical

multobomessecafe.blogspot.com.br/2013/03/cirurgia-endodontica.html

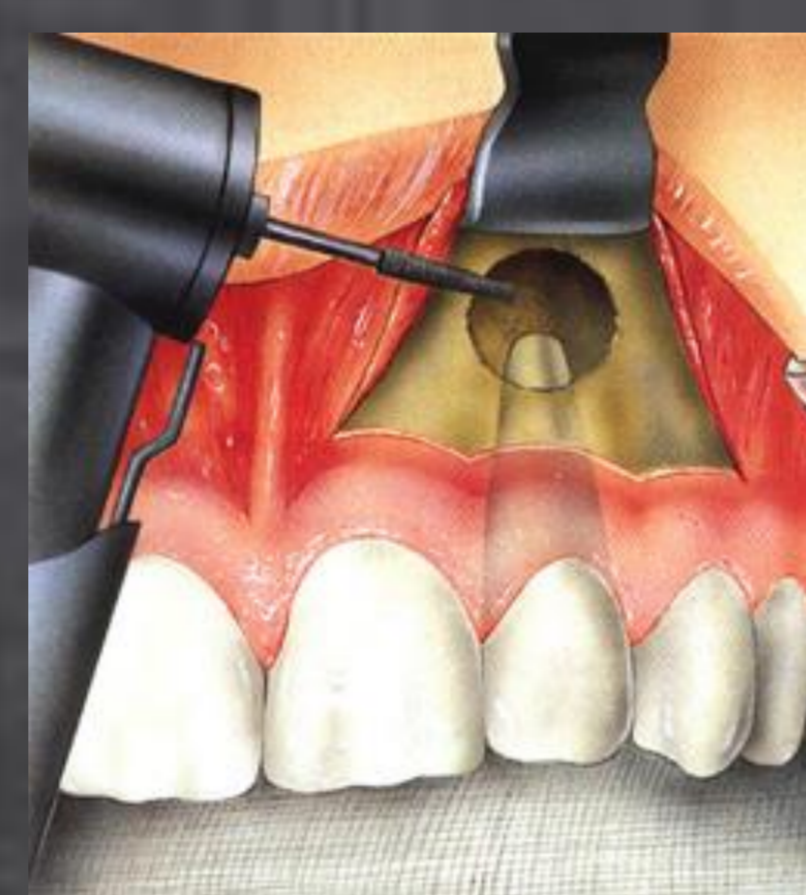


Figura 2: Apicectomia

Oralcamera.net

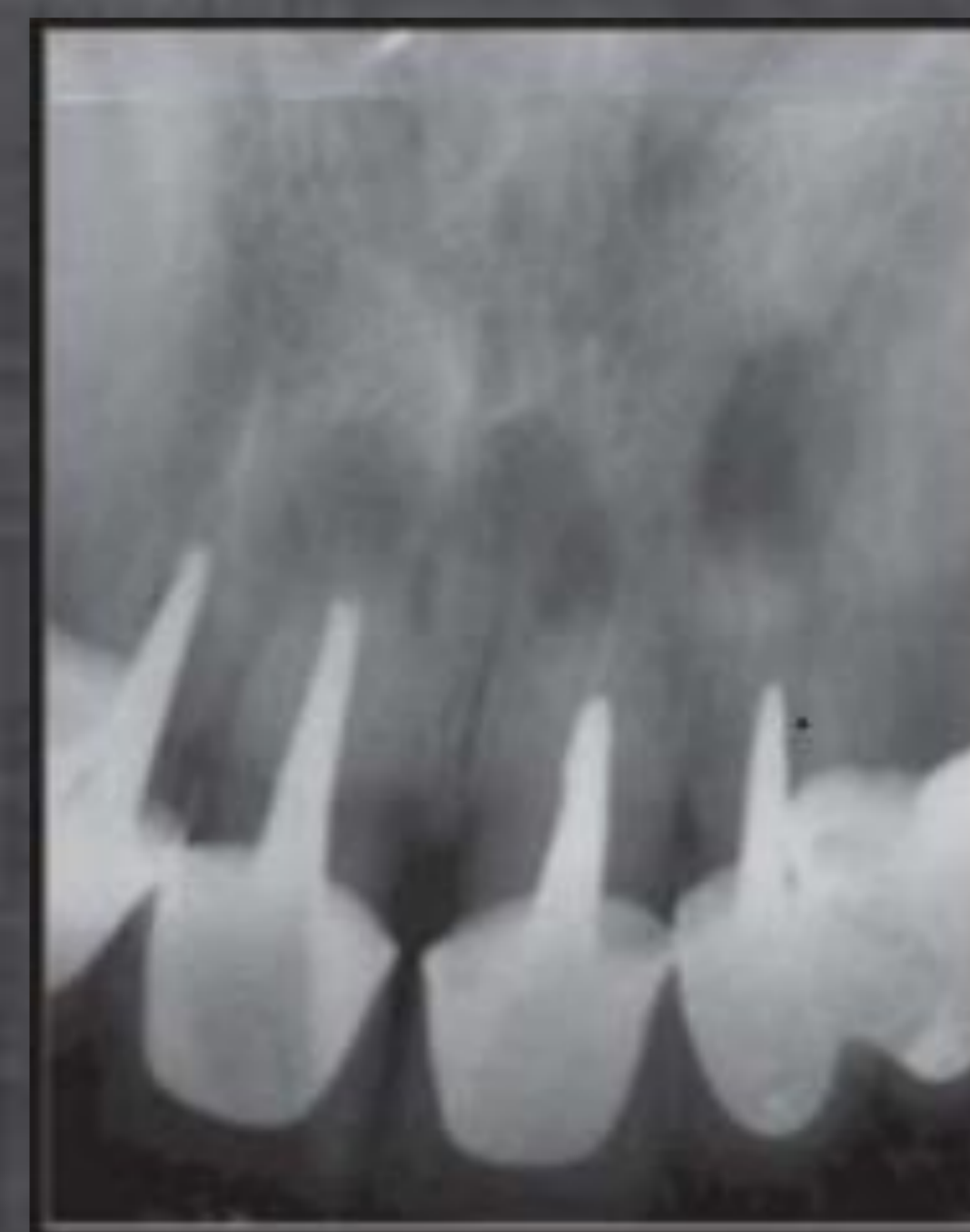


Figura 5: Cirurgia parendodôntica: relato de caso clínico.

Lodi, LM; Poletto, S; Soares, RG; Irala, LED; Salles, AA; Limongi, O., *RSBO*, v. 5, n.2, p. 69-74, 2008.

Devido à biocompatibilidade tecidual, estimulação de neoformação de cimento, adequado para ambientes com umidade, produção de biomineralização e promoção de selamento superior quando comparado a outros materiais, o MTA foi o material eleito como retrobturador e é, hoje, o material que melhor preenche os requisitos para as retrobturações^(9,10).

CONCLUSÃO

Com esta revisão da literatura foi possível concluir que, quando a endodontia convencional esgota suas possibilidades, a apicectomia é uma terapia cirúrgica a ser considerada, se esta for indicada e realizada dentro de sua modalidade correta, para assim levar o tratamento ao sucesso.

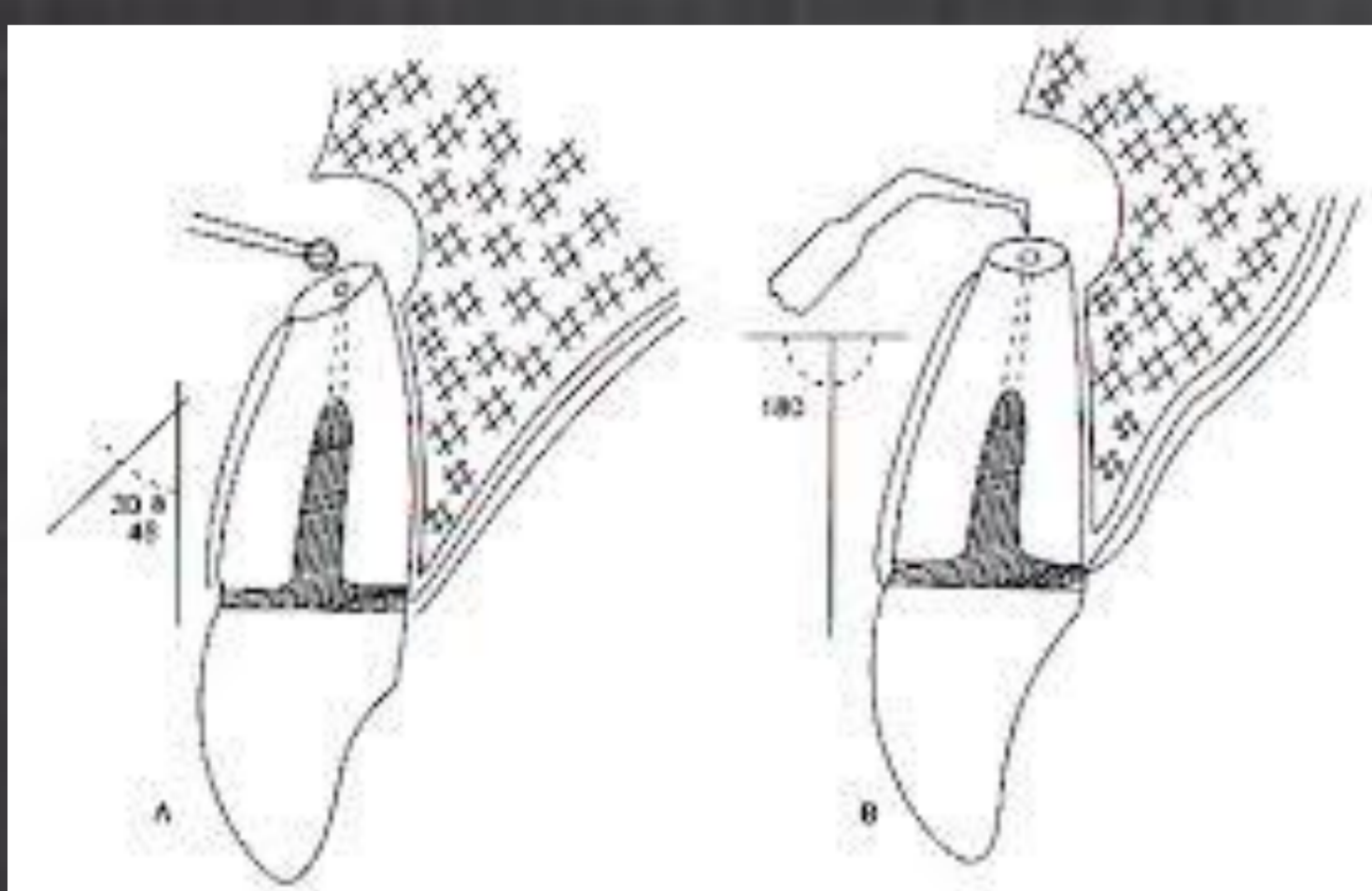


Figura 3: Apicectomia com retrobturação

Angelfire.com

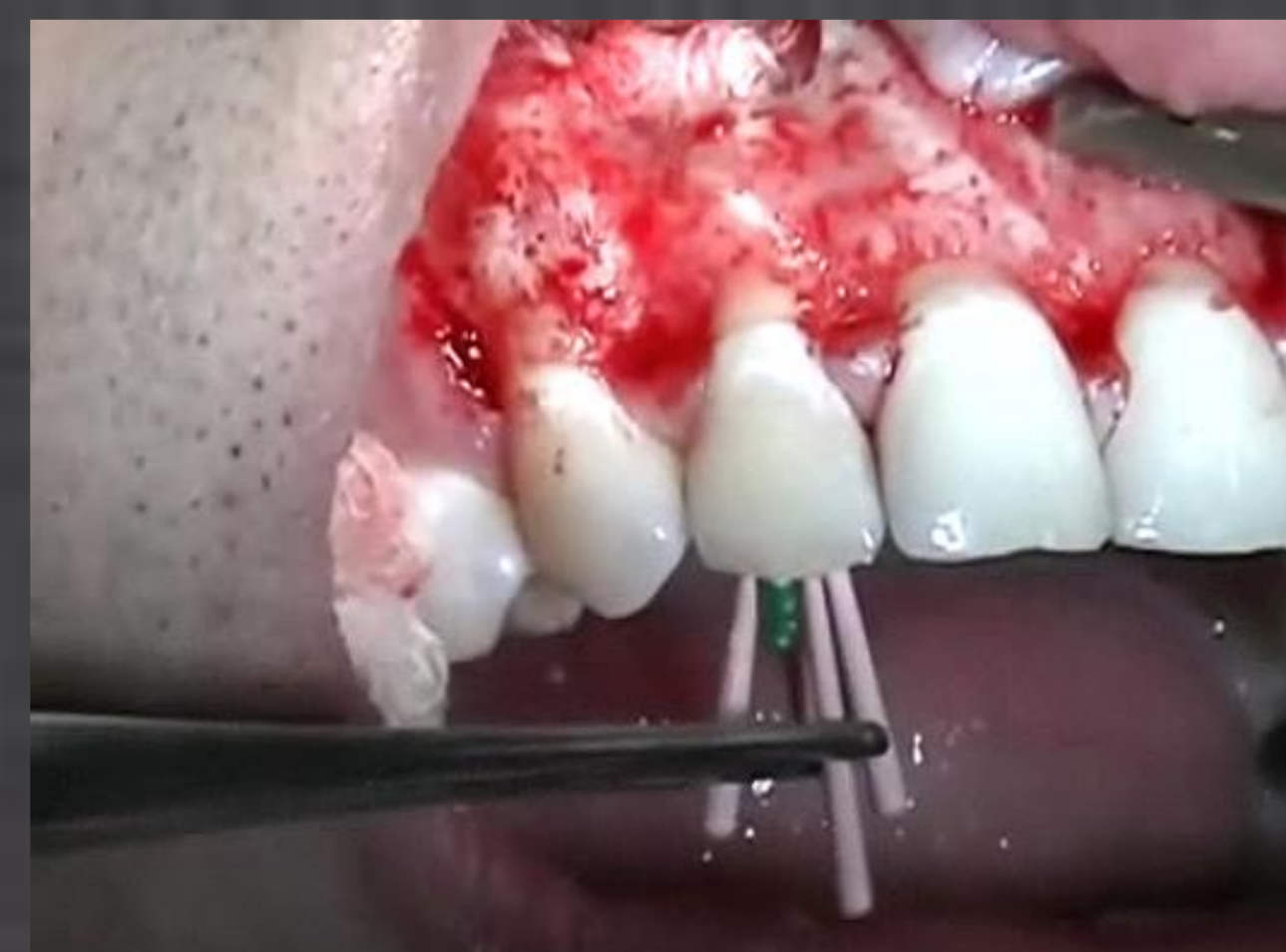


Figura 4: Apicectomia com obturação simultânea

Cirurgiatbmf.blogspot.com

REFERÊNCIAS

- Graziani, (1995) *apud* Azambuja, TWF, Bercini, F, Alano, F. Cirurgia parendodôntica: revisão da literatura e apresentação de casos clínico cirúrgicos, R. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 47, n.1, p.24-29, abr: 2006.
- Dias, ACS, Maltos, KLM, Aguiar, EGD. Tratamento endodôntico transcirúrgico: uma opção para casos especiais, Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragibe v.9, n.4, p. 81 - 86, out./dez. 2009.
- Filho, JA, Almeida, GM, Marques, EF, Bramante, CM. Cirurgia Parendodôntica: relato de caso, Oral Sci., Jan/Dez. 2011, vol. 3, nº 1, p. 21-25.
- Rossi, RR, Sandri, RN, Brunini, SHS, Nascimento, VR, Pfau, EA, Tomazinho, LF. Cirurgia Parendodôntica para Remoção de Instrumento Fraturado: relato de caso, BJSCR, Vol.5, n.1, pp.51-54, Dez 2013 – Fev 2014.
- Xavier e Zambrano (2001), Testori (1999), Chandler & Khoshy (2002) *apud* Orso, VA, Filho, MS. Cirurgia parendodôntica: quando e como fazer, R. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 47, n.1, p. 20-23, abr: 2006.
- Gagliani *et al.* (2005) *apud* 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.
- Lopes, HP e Siqueira Júnior, JF *apud* Feix, LM, Boijink, D, Ferreira, R, Wagner, MH, Barletta, FB. Microscópio operatório na Endodontia: magnificação visual e luminosidade, Rev. Sul-Bras Odontol., 2010, Jul-Sep;7(3):340-8.
- Harnish & Grieger (1967), Grung, Melven, Halse (1990), Molven & Grung (1991), Rud & Andreasen (1972) *apud* Soares, JA, Oliveira, MTF, Guimarães, GA, Santos, CRR, Dantas, PCL. Curetagem de lesões periapicais refratárias com simultânea obturação dos canais radiculares, Rev. Bras. Odontol., Rio de Janeiro, v.66, n.1, p.76-81, jan./jun. 2009.
- Lutsman, Friedman, Shaharabany (1991), Kuga *et al.* (1992), Soares *et al.* (2006) *apud* Lodi, LM, Poletto, S, Soares, RG, Irala, LED, Salles, AA, Limongi, O. Cirurgia parendodôntica: relato de caso clínico, *RSBO*, v. 5, n.2, p. 69-74, 2008.
- Pereira, LAP. Microcirurgia Endodôntica Piezoelétrica: conceitos e aspectos clínicos, Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. Vol.67, no.4, São Paulo, 2013.