

Tratamento de reabsorção externa inflamatória

Perante um caso de reabsorção externa inflamatória causada pela re-infecção do canal radicular o Prof. Dr. Emílio Carlos Sponchiado Júnior optou por realizar o re-tratamento endodôntico e encaminhar a paciente para reabilitação com prótese fixa.

As reabsorções radiculares podem ser fisiológicas quando a exfoliação dos dentes decíduos e patológicas envolvem os dentes permanentes. As reabsorções dos tecidos calcificados do dente, em especial o cimento e a dentina, caracterizam um aspecto diferenciado de destruição dos tecidos mineralizados, e tem representado para investigadores e clínicos um desafio constante para a aplicação de uma terapêutica correcta (SOARES; GOLDBERG, 2002).

As reabsorções podem ser divididas em externas e internas. Dentre as reabsorções externas existe a reabsorção por substituição e as inflamatórias. As reabsorções inflamatórias podem ser progressivas, principalmente quando são causadas por um agente agressor contínuo que cria condições para que a reabsorção se prolongue. Exemplos destes estímulos são os aparelhos ortodônticos, a pressão resultante da impactação dental, a presença de infecção no canal radicular e algumas patologias sistêmicas (LEONARDO, 2005).

A infecção do canal radicular pela proliferação microbiana é a que merece maiores preocupações. Grandes lesões periapicais em contacto com a superfície radicular acompanhadas pelos microrganismos aceleram a reabsorção tornando-a progressiva. Eliminar os microrganismos e neutralizar os seus subprodutos parece ser a única alternativa para paralisar a reabsorção externa inflamatória (SOARES; GOLDBERG, 2002).

O presente trabalho ilustra um caso clínico do tratamento de um elemento dental com reabsorção inflamatória externa.

Caso clínico

A paciente V.S., 50 anos, sexo feminino, compareceu na clínica médico-dentária particular com queixa de dor durante a mastigação no elemento 45. Ao exame radiográfico, visualizava-se que o dente 45 possuía um tratamento endodôntico insatisfatório radiograficamente e uma imagem radiolúcida ao nível apical sugestiva de uma lesão periapical crónica associada a uma reabsorção externa da raiz (Figura 1).

Ao exame clínico ficou evidente que se tratava de uma reabsorção externa inflamatória causada pela re-infecção do



O Prof. Dr. Emílio Carlos Sponchiado Júnior é Doutor em Biotecnologia pela Universidade Federal do Amazonas – UFAM (Brasil), Mestre em Endodontia pela Universidade de Ribeirão Preto (Brasil) e Professor do Curso de Odontologia da Universidade do Estado do Amazonas – UEA (Brasil).

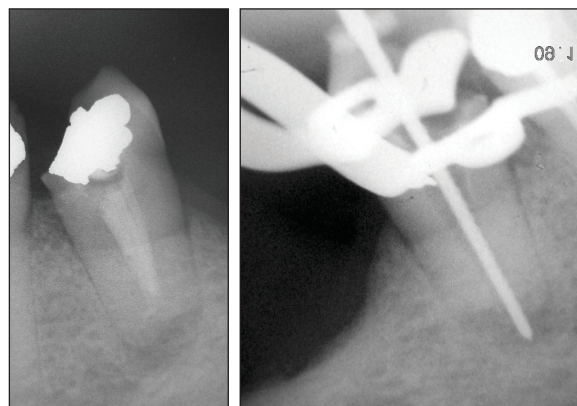


Figura 1: Exame radiográfico inicial evidenciando a reabsorção externa da raiz

Figura 2: Preparo biomecânico – patência foraminal

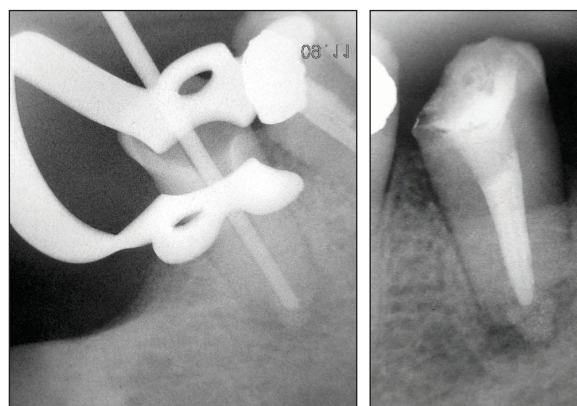


Figura 3: Confeção do tampão apical com hidróxido de cálcio

Figura 4: Exame radiográfico final

canal radicular do dente em questão. O plano de tratamento consistiu em realizar o re-tratamento endodôntico e encaminhar a paciente para reabilitação com prótese fixa.

Na primeira sessão foi realizada a desobturação do canal, a neutralização imediata do conteúdo tóxico do canal radicular e o preparo biomecânico completo por meio da técnica de coroa ápice sem pressão, utilizando como solução irrigadora o hipoclorito de sódio a 2,5%. Entre as sessões foi adoptada a medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio e propilenoglicol como veículo (Figura 2).

A medicação intracanal foi trocada duas vezes num período de 14 dias. Após o período de 30 dias com medicação, o paciente não apresentava sintomatologia dolorosa e o canal apresentava-se sem a presença de exsudato inflamatório. Deu-se então início à obturação do canal radicular.

Para a realização da obturação foi confeccionado um tam-

pão apical com hidróxido de cálcio (PA) para ancorar o cone principal e favorecer o reparo da região apical (Figura 3). O canal radicular foi obturado com cones de guta percha e cimento Ah Plus pela técnica da condensação lateral.

O caso foi concluído a seis meses, o paciente não apresenta sintomatologia dolorosa no elemento dental, não apresenta fistula, a profundidade de sondagem está dentro dos padrões de normalidade e radiograficamente a reabsorção externa foi paralizada (Figura 4).

Considerações finais

No caso clínico apresentado, o dente em questão possuía um tratamento endodôntico antigo e insatisfatório, radiograficamente apresentava espaços vazios e o comprimento da obturação estava a pelo menos três milímetros do ápice reabsorvido. Em praticamente todos os dentes com periodontite apical, a reabsorção inflamatória está presente. Os micro-organismos no interior dos sistemas dos canais radiculares promovem uma inflamação nos tecidos periapicais com consequente libertação de mediadores químicos, tais como a interleucina, prostaglandina e o factor quimiotático para macrófagos que actuam como estimuladores da actividade clástica, resultando em reabsorção de tecidos dentários e do osso que os cerca (SHAFER et al. 1987; TROPE; CHIVIAN, 1997; SOARES; GOLDBERG, 2002).

O tratamento instituído para o caso apresentado foi o re-tratamento endodôntico, uma vez que a causa da reabsorção externa era a presença de microrganismos no interior do canal radicular que estavam a perpetuar a inflamação nos tecidos periapicais. No canal preenchido com a medicação, os iões hidroxila resultantes da dissociação do hidróxido de cálcio, adentrariam a toda a dentina, alcalinizando-a e criando um ambiente impróprio ao desenvolvimento bacteriano. Ao destruí-los, o hidróxido de cálcio estaria a eliminar o factor de manutenção da reabsorção (SOARES; GOLDBERG, 2002).

O hidróxido de cálcio tem também acção neutralizante sobre os ácidos sintetizados pelas células clásticas que provocam a desmineralização dos tecidos e também tem acção ao activar a fosfatase alcalina que é indispensável para a reparação dos tecidos duros (LEONARDO, 2005). ■

Referências

1. Leonardo, MR, Endodontia. Artmed, São Paulo, 2005.
2. Soares, IJ; Goldberg, F. Endodontia Técnica e Fundamentos. Artmed, São Paulo, 2002.
3. Trope, M.; Chivian, N. Reabsorção radicular. In: COHEN, S.; BURNS, R.C.
4. Caminhos da polpa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.488-514.
5. Shafer, S.; Hine, M.K.; Levy, B.M. Alterações regressivas dos dentes.
6. Tratado de patologia bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1987. p.295-314.