

TRATAMENTO ENDODÔNTICO: CONSIDERAÇÕES GERAIS EM TÔRNO DA REGE- NERAÇÃO DAS LESÕES CRÔNICAS DO PERIÁPICE

Italo Medeiros Faraco
Instrutor de Ensino de Técnica
Odontológica

SINOPSE

São apresentadas opiniões sôbre a incidência de granulomas e cistos nas lesões do periápice.

Define uma conduta conservadora nos casos de dúvida de diagnóstico.

Preconiza o contrôle radiográfico periódico, após o tratamento do conduto radicular, afim de acompanhar a evolução do processo.

Baseado na casuística recomenda que as condutas cirúrgicas dos processos crônicos do periápice sejam adiadas para após o contrôle radiográfico.

Constitui para nós, preocupação constante a regeneração dos processos crônicos periapicais, e, cremos, os motivos que nos levam a ter um interêsse todo especial para

com êste assunto, são oriundos da nossa especialização na Endodontia e de verificarmos que infelizmente êste capítulo tão importante da Odontologia ainda permanece repleto de controvérsias e dúvidas.

A Endodontia é uma especialidade que oferece a quem a pratica, inúmeras satisfações e resultados deveras apaixonantes. Após aquêl período, no qual a Odontologia sofreu conseqüências funestas, com a exagerada teoria da infecção focal, surgiu uma reação de estímulo na preconização de novos métodos conservadores do órgão dentário. Atualmente somos beneficiados pela evolução marcante das técnicas de tratamento radicular, técnicas estas orientadas para o sentido biológico e racional. Como conseqüência dêste progresso os resultados exitosos ocupam uma alta percentagem em nossas casuísticas.

Como, já foi comprovado por

inúmeros autores (13), (20), (2), (7), (11), (12), que não é possível fazer um diagnóstico radiográfico exato das lesões crônicas do periápice, o mais preciso entre granulomas e cistos, achamos lógico sustentar uma conduta conservadora sempre em que estivermos em frente desta incerteza.

Sommer (14), em seu livro relata sua experiência realizada neste sentido. Fez o diagnóstico radiográfico das lesões constatadas, e o resultado do exame histopatológico revelou que o diagnóstico foi correto em 77%, deste modo, concluiu-se que um radiólogo mais experimentado não pode fazer diagnóstico correto destas lesões em 100% dos casos. Por conseguinte o diagnóstico radiológico é falho, e infelizmente é o único que o clínico pode lançar mão. Por esta razão de magna importância e por outras que abordaremos mais adiante, pensamos que a conduta ideal, para nós clínicos, sempre que estivermos numa situação duvidosa, devemos tentar um tratamento endodôntico, antes de mutilar o paciente com a extração.

Kronfeld (5) adverte que a comparação entre as radiografias e os cortes histológicos correspondentes, com exceção de alguns casos em estados muito avançados, demonstra claramente ser impossível distinguir somente pela radiografia as diversas periapicopatias crônicas.

Todavia, muitos autores sustentam o critério de qualquer lesão peri apical de tamanho grande,

constatada pelo Raio X, deverá ser considerada como cisto. Tal conceituação é falsa e quem afirma é Sommer (15) e seus colaboradores, baseado nas suas observações em que classificaram pela radiografia as lesões peri apicais como pequenas com diâmetro de menos de 4 mm, médias com mais de 4 mm e menos de 8 mm e grandes com mais de 8 mm. Os resultados deste estudo nos revelou que a percentagem de cistos nas lesões consideradas pequenas era de 7%, de granulomas 80% e outras lesões 13%; nas médias 3% de cistos, 84% de granulomas e outras lesões 13% e nas grandes 8% de cistos, 90% de granulomas e 2% outras lesões.

Oportuno, julgamos, transcrever os resultados de Wais (21), num grupo de 50 casos com diagnóstico de cisto, quando que a histopatologia deu 26% como cisto e 64% de granulomas, um outro grupo também de 50 casos (os quais foram operados) deu como resultados 84% granulomas e 16% de cistos.

Se para o clínico é impossível realizar o diagnóstico correto das lesões crônicas do periápice, dado que o único meio a seu dispor é o Raio X e é falho, para o patologista ou investigador embora tenha inúmeros recursos a seu dispor, mesmo assim persistem as dúvidas e controvérsias em seu diagnósticos. Para confirmar a minha assertiva vejamos a opinião de Maurice (8), habitualmente o método de maior confiança para a identificação dos cistos radiculares é o estudo histopatológico, mas nem se-

quer o é sempre concludente, pois que nas primeiras etapas, antes de que se tem produzido uma perfeita diferenciação, os critérios para a diferenciação dos cistos não são absolutos.

Por sua vez Sommer (17) diz a freqüência com que os cistos se produzem nas lesões peri apicais, tem sido objeto de controvérsia por muitos anos. Algumas vezes, as investigações tem assinalado uma alta percentagem de cistos, mas é bastante falso de acôrdo a um recente estudo levado a efeito pelo Donald Kerr, chefe do Departamento de Patologia Bucal da Universidade de Michigan. Pois êste investigador observou uma série de 170 biópsias de lesões peri apicais, constatando somente 11 casos isto é 6,4% eram cistos, por outra parte 143 casos isto é 84,1% foram histopatologicamente diagnósticados como granulomas.

Em oposição a êstes citam-se Mello e Filgueiras (10), Thoma (19), Stones (18) e Kronfeld (6) que dizem ser a maior verificação de processos com epitélio (cistos e granulomas epiteliais) devido a presença muito acentuada dos restos epiteliais paradentários de Mallassez, que dariam origem a estas lesões. E que as controvérsias se originam por não ter sido empregado o côrte seriado no diagnóstico histopatológico.

Como é notavelmente alta a proporção de regeneração das lesões peri apicais ao tratamento radicular, julgamos racional e lógico a indicação habitual a uma terapêu-

tica radicular conservadora, exceto em circunstâncias especialíssimas, como de cistos de tamanhos grande. O contróle radiográfico deve ser periódico, caso não observar uma evidência de osteogeneses, então poderemos pensar na terapêutica cirúrgica.

Não devemos olvidar ser muito difícil estabelecer normas fixas para deliberar se um dente é passível de tratamento ou não. Cada caso deve ser estudado de modo individual, estando o prognóstico na dependência de muitos fatores. É oportuno lembrar que a habilidade do profissional exerce papel preponderante no êxito de um tratamento endodôntico e também o mecanismo defensivo e o potencial reparador dos tecidos peri apicais do paciente.

A contra indicação a um tratamento radicular, baseada apenas nas informações imprecisas fornecidas pelo diagnóstico radiográfico, logicamente respeitando as exceções, vem a ser a renegação aos princípios biológicos que rege a patologia peri apical.

No decorrer do tratamento radicular, damos uma importância destacada a ação mecânica dos instrumentos endodônticos. De nada adiantará, enchermos os canais com antibióticos ou antissépticos, se antes não realizarmos uma rigorosa e racional limpeza dos restos pulpares, de resíduos estranhos e de dentina infectada até atingirmos tecidos sãos e resistentes. E Grossman (3) afirma a limpeza mecânica inicial de uma ferida é um prin-

cípio axiomático de cirurgia. Os tecidos necrosados favorecem o crescimento microbiano, ao passo que nos tecidos sãos, tal crescimento não é tão fácil. O mais importante num tratamento endodôntico, não é tanto aquilo que colocamos no canal, mas sim o que dêle retiramos.

Muito interessante são as observações de Grossman (4) para verificar o quanto é eficiente a instrumentação na remoção mecânica das bactérias alojadas na superfície do canal radicular, basta fazer um esfregão com um instrumento após trabalhar no interior do canal, fixar, corar e examinar a lâmina assim preparada. Este exame deve ser repetido a medida que a instrumentação progride. O último esfregão, geralmente mostrará maior quantidade de raspas de dentina e pouca ou talvez nenhuma bactéria, indicando a eficiência do preparo mecânico do canal na remoção dos microorganismos. A ação dos instrumentos é complementada pela ação química das substâncias empregada durante a irrigação. Empregamos também a aspiração para auxiliar a remoção dos restos pulpares e dos resíduos provenientes da ação mecânica dos instrumentos.

O preparo mecânico juntamente com a irrigação e aspiração constitui uma etapa essencial no tratamento radicular segundo Araújo (1), a verificação desta acertiva é ponto pacífico na prática diária em nossos trabalhos de consultório.

Durante o tratamento radicular, devemos ter o máximo de cuidado

para com os tecidos do periápice, afim de não traumatizá-los mecanicamente e nem provocar disseminação de bactérias nos tecidos daquela zona. Assim procedemos porque é do conhecimento geral que os fenômenos biológicos regem sempre os processos de recuperação orgânica, por tanto as terapêuticas medicamentosas e cirúrgicas devem tender sempre a coadjuvar esta reintegração a normalidade celular e tissular.

Não nós cabe, no momento analisar as vantagens ou desvantagens do emprêgo dos antissépticos ou antibióticos para a desinfecção dos canais. Apenas nos limitaremos a preconizar a medicação usada por nós, em nossa clínica particular. A nossa preferência para os antissépticos (paramonoclorofenol canforado) é porque conseguimos com êles resultados deveres surpreendentes e por acharmos de fácil emprêgo.

Em todos os casos que teremos a oportunidade de mostrar através dos diapositivos, empregamos os princípios que acabamos de expor.

CONCLUSÕES

1. Não podemos diagnosticar radiograficamente com exatidão os processos crônicos periapicais (granulomas e cistos).
2. Preconizamos, sempre que os dentes com processos crônicos, sejam primeiramente tratados mediante a terapêutica conser-

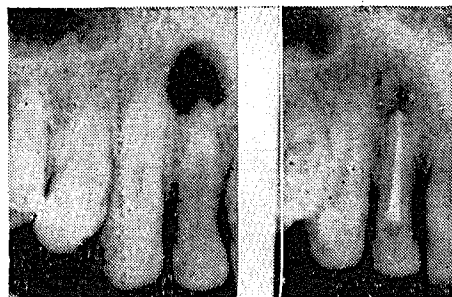
vadora, porque êstes são efeitos e não causas.

3. O contrôle radiográfico periódico deverá ser sistemático, a fim de verificar a marcha da lesão.
4. As observações do contrôle radiográfico periódico de nossa casuística, revelaram uma alta percentagem de regenerações dos processos crônicos periapicais.

SYNOPSIS

Opinions about the granulomas incidence and cysts in periapice lesions are presented here.

In case of diagnosis doubt a conservative conduct should be followed. Periodical X ray control, after the root canal treatment, in order to accompany the process of evolution is advised. Surgery should only be used, after X-ray control, if the case is one of those cronical processes of the periapice.



1

2

Pac. W. K. Idade 41 anos Sexo M.

Fig. 1, mostra o caso como se nos apresentou.

Fig. 2, mostra o caso 12 meses após o tratamento endodôntico.



3

4

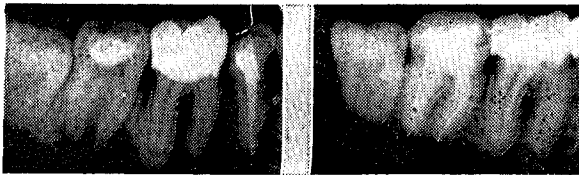
5

Pac. L. S. P. Idade 30 anos Sexo F.

Fig. 3, mostra o caso como se nos apresentou em 24-8-1960.

Fig. 4, mostra o canal obturado em 29-8-1960.

Fig. 5, mostra o caso 17 meses após o tratamento endodôntico.



6

7

Pac. F. P. Idade 20 anos Sexo M.

Fig. 6, mostra o caso como se nos apresentou.

Fig. 7, mostra o caso 20 meses após o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAUJO, M. J. — Tratamento de canais radiculares. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, 14:256:302, Set./Out. 1956.
2. GROSSMAN, L. I. — Tratamento de canais radiculares. Rio de Janeiro, Atheneu, 1940, p. 137.
3. GROSSMAN, op. cit., p. 256.
4. GROSSMAN, op. cit., p. 261.
5. KROMFELD, R. — *Histopatologia dos dentes*. Rio de Janeiro, Científica, 1955, p. 228.
6. KROMFELD, op. cit., p. 222.
7. MAURICE, C. G. — Selección de dientes para tratamento radicular. *Odontologia Clínica de Norteamérica*, Buenos Aires, Serie I, 3:175.
8. MAURICE, op. cit., p. 179.
9. MAURICE, op. cit., p. 178.
10. MELLO, C. & FILGUEIRAS, J. — *Patologia da polpa dentária*. 3.ed. Rio de Janeiro, Científica, 1955, p. 353.
11. PUCCI, F. — *Conductos radiculares*. Montevideo, Medico-quirúrgica, 1954, v. 2, p. 75.
12. SOLLER, R. — *Endodoncia*. 1. ed. Buenos Aires, La Médica, 1957, p. 141.
13. SOMMER, R. F., et alii — *Endodoncia clínica*. Buenos Aires, Mundi, 1958, p. 554.
14. SOMMER, op. cit., p. 554.
15. SOMMER, op. cit., p. 552.
16. SOMMER, op. cit., p. 552.
17. SOMMER, op. cit., p. 551.
18. STONES, H. H. — *Oral and dental diseases*. Edinburgh, Livingstone, 1948, p. 371.
19. THOMA, K. — *Oral pathology*. 4.ed. St. Louis, Mosby, 1954, p. 402.
20. WAIS, F. I. — Significance of findings following biopsy and histologic study of 100 periapical lesions. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, St. Louis, 11:650-653, Jun. 1958.
21. WAIS, op. cit., 11:650-653.