

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

FERNANDA CARLESSO
VANESSA SENNA DOS SANTOS

CIRURGIA PARENDODÔNTICA: UMA ALTERNATIVA AO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO CONVENCIONAL

Porto Alegre

2019

FERNANDA CARLESSO
VANESSA SENNA DOS SANTOS

CIRURGIA PARENDODÔNTICA: UMA ALTERNATIVA AO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO CONVENCIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção de título de
Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Ricardo Abreu da Rosa

Porto Alegre

2019

FERNANDA CARLESSO
VANESSA SENNA DOS SANTOS

CIRURGIA PARENDODÔNTICA: UMA ALTERNATIVA AO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO CONVENCIONAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Odontologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para obtenção de título de
Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Ricardo Abreu da Rosa

Ricardo Abreu da Rosa

Doutor em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

João Batista Burzlaff

Doutor em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Marcus Vinicius Reis Só

Doutor em Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos permitiu o dom da vida e nos privilegiou com uma caminhada tão bela e com pessoas maravilhosas ao nosso lado.

Aos nossos pais, que em todos os momentos de nossas vidas, principalmente durante a jornada acadêmica, prestaram a nós apoio e amor incondicional.

Às nossas irmãs, que tanto nos incentivaram a alcançar nossos sonhos, gerando como frutos grandes conquistas.

Aos nossos amigos, familiares e namorados, que foram peças fundamentais nessa trajetória, nos apoiando, compartilhando bons momentos e, também, compreendendo as ausências necessárias para que chegássemos até aqui.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a todo o corpo docente da Faculdade de Odontologia, por nos engrandecer tanto ao fazer parte dessa instituição, nos proporcionar uma educação que é reconhecida internacionalmente pela sua qualidade e nos formar, além de cirurgiões-dentistas excelentes, profissionais humanos.

Nosso último agradecimento, sendo este muito especial, é ao nosso orientador, Ricardo Abreu da Rosa, por ter nos proporcionado uma experiência incrível, rica em conhecimento e de extrema importância em nossa formação. Agradecemos por ter nos dado todo apoio e instrução necessária para que conseguíssemos realizar o trabalho com êxito. E, também, por ter sido, além de professor, um grande amigo para nós, mostrando-se sempre disponível em todos os momentos e construindo uma ótima relação durante essa jornada.

RESUMO

A cirurgia parendodôntica tem sido uma alternativa para solucionar problemas inerentes aos insucessos do tratamento endodôntico convencional. O maior conhecimento sobre as diferentes modalidades e suas indicações de acordo com as características de cada caso vem proporcionando um aumento do uso dessa alternativa de tratamento. Nesse sentido, vem possibilitando a manutenção do elemento dentário por mais tempo em função. Neste trabalho, iremos relatar dois casos clínicos de cirurgia parendodôntica realizada em dois caninos superiores com presença de pino intrarradicular e coroa protética em ambos os casos. No primeiro caso, foi realizada a técnica de curetagem periapical e apicectomia. No segundo caso, clínico foi realizada curetagem periapical, seguida de apicectomia e obturação retrógrada com agregado trióxido mineral (MTA). O primeiro caso foi acompanhado por 9 e 15 meses clínica e radiograficamente; já o segundo caso, por 7 e 13 meses. Após o período de acompanhamento não foram observados sinais e sintomas clínicos de infecção. Ao exame radiográfico foi possível observar redução da lesão periapical em ambos os casos.

Palavras-chave: Cirurgia parendodôntica. Tratamento endodôntico. Apicectomia. Obturação retrógrada.

ABSTRACT

The apical surgery has been an alternative to solve inherent problems to the unsuccessfulness of nonsurgical endodontic treatment. The growing knowledge about the different modalities and their indications accordingly with each case's characteristics has been allowing an increase in the use of this alternatives of treatment. In this sense, it enables the maintenance of the teeth for long periods in function. In this work, two case reports will be presented in which apical surgery was performed to treat two maxillary canines with cast post and cores in both cases. In the first case, apical curettage and apicoectomy were performed. In the second case report, it was performed apical curettage, apicoectomy and root-end filling with mineral trioxide aggregate (MTA). In the first case, clinical and radiographic follow up were performed for 9 and 15 months; and the second case, for 7 and 13 months. After the follow up period, it was observed absence of clinical signals and symptoms of infection. When radiographs were assessed, it was observed reduction in the size of apical lesion in both cases.

Keywords: Apical surgery. Endodontic treatment. Apicoectomy. Root-end filling.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
1.1	OBJETIVO GERAL.....	11
2	RELATO DO CASO	12
2.1	CASO 1.....	12
2.2	CASO 2.....	18
3	DISCUSSÃO	23
4	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS	28
	APÊNDICE A - ASPECTOS ÉTICOS	31
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	33
	APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM	35
	APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS	36
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	37

1 INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo, vêm surgindo muitas novas técnicas e modalidades de tratamento dentro da endodontia. Isso permitiu que o endodontista tratasse muitos problemas clínicos mais complicados e diferentes do que nunca. Com o amadurecimento da endodontia como especialidade, muitos problemas de retratamento também já se desenvolveram (LEWIS; BLOCK, 1988). Os avanços técnicos dos últimos anos, que tornaram a abordagem cirúrgica tão atraente, podem superar alguns dos obstáculos dos procedimentos não cirúrgicos. Os estudos de prognóstico continuam a ditar que o tratamento não cirúrgico deve ser tentado antes da cirurgia. É importante que todos os dentistas reconheçam e diagnostiquem corretamente essas entidades. O endodontista com o arsenal de instrumentos e treinamento cirúrgico de hoje pode fornecer soluções de tratamento para dentes que antigamente teriam sido extraídos. Somente através de uma comunicação aberta e cuidadosa o dentista clínico geral e o endodontista podem trabalhar juntos para resolver esses problemas clínicos e maximizar o atendimento ao paciente (LEWIS; BLOCK, 1988; MOISEWITSCH; TROPE; HILL, 1998).

O tratamento endodôntico tem como um de seus objetivos preservar a estrutura dentária, a fim de manter a sua função no sistema estomatognático. Para que esse objetivo seja atingido é necessário que o tratamento obtenha sucesso, a partir da obturação do sistema de canais, uma boa impermeabilização do canal e com baixos danos aos tecidos vivos. Além disso, a anatomia do canal radicular, a fisiologia, a patologia, o diagnóstico, os equipamentos, os instrumentos e os processos pós-operatórios também são fundamentais para o sucesso do tratamento (ESPÍNDOLA *et al.*, 2002; LEON-ROMAN; GIOSO, 2002).

De acordo com Abbott (1991), a melhor forma de avaliar o sucesso do tratamento endodôntico é a partir dos exames clínicos e radiográficos, os quais devem apresentar algumas características que definem o êxito do tratamento, como a ausência de sinais clínicos ou sintomas de inflamação após o tratamento, ausência de perda de função, ausência de sinais radiográficos de patologia em curso e a presença de uma redução no tamanho e na densidade da lesão radiolúcida periapical. Quanto ao insucesso do tratamento, Abbott (1991) relata alguns critérios para defini-lo, como a presença de sintomatologia dolorosa ou aparência anormal do dente, a presença de resposta anormal aos exames de palpação e outros e a presença de imagem radiolúcida que sugere persistência ou aumento da lesão periapical ou o surgimento de uma lesão periapical após o tratamento endodôntico.

Segundo Hoskinson *et al.* (2002), a taxa de sucesso global do tratamento endodôntico é de 77%. A condição da polpa, podendo ser vital ou necrótica, e a presença e o tamanho da lesão periapical de origem endodôntica podem afetar o sucesso do tratamento endodôntico. A taxa de sucesso do tratamento do canal radicular diminui em 18% para cada aumento de 1 mm no tamanho da lesão periapical pré-operatória; na ausência de lesão periapical pré-operatória, a probabilidade de sucesso aumenta em 70%. No estudo de Kojima *et al.* (2004), a taxa de sucesso de dentes tratados endodonticamente com polpa vital é de 82,8% e com polpa não vital é de 78,9%, e quanto aos dentes sem lesão periapical apresentaram 82% de sucesso e os com lesão perirradicular, 71,5%. Iqbal (2016) mostrou que a taxa de insucesso do tratamento endodôntico feito pelos dentistas gerais é consideravelmente maior que o tratamento realizado por endodontistas, sendo essas taxas, respectivamente, de 78,8% e 21,1%. Além disso, apresentou como os principais fatores responsáveis pelas falhas endodônticas os canais insuficientemente preenchidos (33,3%) e os canais não preenchidos e perdidos (17,7%).

Ao longo dos anos, as taxas de sucesso do tratamento endodôntico vêm aumentando. Porém, não é rara a persistência da lesão periapical. Quando diagnosticado o insucesso do tratamento endodôntico, na maioria das vezes, a primeira terapia de escolha é a reintervenção no canal radicular, uma opção não cirúrgica de tratamento, caso o mesmo não seja possível, opta-se pelo tratamento cirúrgico, que é a cirurgia parentodôntica. A escolha do tratamento em questão deve levar em conta seus respectivos benefícios, buscando alcançar cura. (PASHA; MADHU; NAGARAJA, 2013; WILCOX *et al.*, 1987).

No retratamento endodôntico via canal é necessário que seja realizada a remoção do material obturador do tratamento anterior. A remoção dos obliteradores pode ser feita através de diversas técnicas, como os sistemas rotatórios, instrumentos manuais, solventes e outras, e não deve gerar nenhuma alteração na forma do canal, a fim de que os objetivos da terapia endodôntica possam ser mantidos. Quando desobturado o canal, deve ser realizada a reinstrumentação completa do conduto e, após isso, a obturação e selamento final. Em algumas pesquisas, a taxa de sucesso do retratamento endodôntico foi de 81%, avaliando clinicamente e radiograficamente, e 93% dos dentes permaneceram assintomáticos e funcionais após 4 a 6 anos após o retratamento (FRIEDMAN; STABHOLZ; TAMSE, 1990; FARZANEH; ABITBOL; FRIEDMAN, 2004).

Muitas vezes, o retratamento endodôntico não cirúrgico apresenta empecilhos para ser realizado. Nesses casos, opta-se pela cirurgia parentodôntica. A cirurgia apical tem como objetivo remover a lesão apical presente, permitir a ressecção do ápice radicular,

eliminar microorganismos e zonas de imperfeição do pericemento apical. A cirurgia parendodôntica é indicada quando há persistência da infecção endodôntica, pós retratamento convencional, na região mais apical do conduto, quando não é possível realizar o tratamento endodôntico convencional devido à presença de coroas protéticas e pinos intra-radulares, quando há exsudação persistente que impeça a secagem do canal e a obturação, quando há a presença de perfurações no canal e quando o conduto radicular encontra-se calcificado ou obstruído. Por vezes, a cirurgia parendodôntica pode ser entendida como uma forma de terapia coadjuvante aos tratamentos endodônticos via canal, de modo que amplia o índice de sucesso destes e permite a manutenção dos dentes. (AZAMBUJA; BERCINI; ALANO, 2006; PASHA; MADHU; NAGARAJA, 2013; LODI *et al.*, 2008; MOISEIWITSCH; TROPE; FILL, 1998).

De acordo com Von Arx (2010), é indicado o uso de microscópio cirúrgico nas cirurgias apicais, com o objetivo de ampliar o campo cirúrgico e alcançar maior detalhamento da área, dando maior segurança durante o procedimento. Além disso, Von Arx (2010) apresentou brevemente as etapas da cirurgia apical, as quais podem ser alteradas de acordo com a técnica utilizada. O passo a passo é seguido pela escolha da incisão e do retalho, osteotomia para localizar o ápice radicular, ressecção do ápice dental, remoção dos tecidos patológicos, preparação apical do canal e preenchimento do ápice com agregado de trióxido mineral (MTA).

Existem diversas modalidades de cirurgia parendodôntica como a curetagem apical, apicoplastia, apicectomia, retrocavidade, obturação retrógrada, retroinstrumentação e retrobturação. A técnica da apicectomia consiste em cortar a porção apical da raiz, tendo como objetivo de remover as ramificações do canal radicular, aprimorar o acesso ao ápice, criar uma superfície que permita uma preparação retrógrada e facilitar a remoção do tecido periapical. A apicectomia pode ser seguida das técnicas de retrocavidade e obturação retrógrada, nas quais é realizado, respectivamente, o preparo de uma cavidade no ápice radicular remanescente e essa cavidade é obturada com um material que proporcione um selamento do canal, como, por exemplo, o MTA. Essas técnicas de cirurgia paraendodôntica associadas à remoção de todo tecido infectado do periápice e do osso possibilitam melhores condições para neoformação óssea (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2005; VON ARX; WALKER III, 2000; BRINHOLE *et al.*, 1999; AZAMBUJA; BERCINI; ALANO, 2006).

Nos últimos anos, o Agregado de Trióxido Mineral (MTA) tem sido utilizado na endodontia como material para obturação retrógrada. Ele foi desenvolvido com o intuito de

tratar perfurações radiculares, porém pode ser utilizado em situações clínicas da rotina endodôntica como capeamento pulpar direto, pulpotomia, apicificação e retro-obturação. As suas principais propriedades físico-químicas e mecânicas são a baixa solubilidade, a capacidade de adesão à dentina, a resistência relativa à umidade e a resistência à compressão (ARX *et al.*, 2012; POST *et al.*, 2010).

Na cirurgia parendodôntica, podem ser escolhidos diferentes desenhos de retalho, baseando-se conforme o acesso cirúrgico, o tamanho da gengiva marginal e o seu nível de inserção. O retalho triangular é o mais utilizado, ele é realizado com a lâmina 15C e inicia no sulco gengival, seguindo contornando os dentes e as papilas e terminando com uma incisão relaxante vertical na distal do dente adjacente ao operado. O retalho retangular é semelhante ao retalho triangular, porém faz uso de duas incisões relaxantes verticais nas extremidades dos dois dentes adjacentes ao dente operado, o que faz com que melhore o acesso cirúrgico e a tensão na base do retalho. Já o retalho na base da papila tem o intuito de preservar a papila interproximal, sendo que a incisão horizontal passa pelo sulco gengival e segue pela base da papila, sem circundá-la, no dente operado e nos seus adjacentes, e são feitas duas incisões relaxantes verticais nas extremidades dos dentes adjacentes, as quais também seguem pela base da papila. Há também o retalho submarginal, mais conhecido como luebke-ochsenbein, indicado apenas para cirurgias parendodônticas na região anterior da maxila a fim de evitar comprometimento estético. A sua incisão horizontal é feita na gengiva inserida com 3 a 5mm de distância da gengiva marginal, seguindo o seu contorno, e as incisões relaxantes verticais são feitas nas extremidades da incisão horizontal, a qual segue o dente operado e os seus dentes adjacentes (HADDAD FILHO, 2015). Além disso, há também o retalho trapezoidal de Wassmund, que é formado por duas incisões verticais que se unem a uma submarginal horizontal e, eventualmente, pode ser usada em substituição ao de Oschsenbein-Luebke (PINTO *et al.*, 2011).

De acordo com o estudo de Kang *et al.* (2015), a microcirurgia endodôntica e o retratamento endodôntico não cirúrgico têm resultados estáveis apresentando 92 e 80% taxas de sucesso global agrupadas, respectivamente. O estudo realizado por Maddalone e Gagliane (2003), obteve uma taxa de sucesso da cirurgia endodôntica de 92,4%, como resultado de uma avaliação de 120 dentes após 36 meses da realização da cirurgia endodôntica periapical, 5 dentes (4,1%) foram classificados como insucessos.

1.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desse artigo é relatar dois casos clínicos de cirurgia parendodôntica de caninos superiores e seus acompanhamentos pós-operatórios.

2 RELATO DO CASO

2.1 CASO 1

Paciente do gênero masculino, 43 anos, procurou atendimento na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FoUFRGS), relatando alteração na região de maxila, lado direito, sem sintomatologia dolorosa.

Ao exame radiográfico (Figura 1), foi visualizada área radiolúcida associada ao dente 13 compatível com periodontite apical crônica. O dente 13 apresentava tratamento endodôntico, núcleo metálico fundido bastante volumoso e comprido e reabilitação com coroa metalocerâmica. Ao exame clínico, o dente não apresentava mobilidade e o paciente não relatou sensibilidade à digitação apical, percussão vertical e horizontal.

Para iniciar o procedimento, foi realizada anestesia com mepivacaína HCL 12% + epinefrina 1:100.000 por bloqueio da região alveolar superior anterior direita (Figura 2) com complementação de anestesia no nervo nasopalatino (Figura 3). Então, iniciou-se a cirurgia com incisão trapezoidal de Wassmund (Figura 4), confeccionando um retalho mucoperiosteal de espessura total, utilizando lâmina de bisturi n°15.

A cortical óssea já estava rompida (Figura 5), como consequência da própria lesão. Com o auxílio de uma ponta diamantada 1014 (KG Sorensen, Cotia, Brasil), em alta rotação, sob abundante irrigação com água destilada, foi realizado um aumento da loja cirúrgica (Figura 6). Com o uso de curetas de Lucas e periodontais, foi realizada a remoção completa do tecido de granulação (Figura 7).

Com ponta diamantada tronco-cônica 3195 (KG Sorensen), foi realizada apicectomia (Figura 8) no sentido méso-distal para se formar um ângulo de 90° com o longo eixo do dente. Não foi realizada obturação retrógrada, visto havia guta percha fazendo um selamento adequado e a remoção da mesma poderia expor o núcleo.

A loja cirúrgica foi irrigada com 10 ml de água destilada para remoção total do tecido de granulação, espículas ósseas e resíduos dentinários. Por fim, foi realizada a reposição do retalho e a sutura com pontos simples (Figura 9), utilizando fio de seda 4-0 (Procare, São Paulo, Brasil).

Como medicação pós-operatória, foi prescrito paracetamol 750 mg a ser administrado a cada 6 horas enquanto houvesse dor. Solução de digluconato de clorexidina 0,12% foi prescrita para uso externo através de bochechos de 10 ml, por 1 minuto, de 12 em 12 horas, por 7 dias. Aplicação de gelo na região foi indicada nas primeiras 48 horas.

Demais orientações com relação aos cuidados com relação à dieta, hidratação, evitar calor no local e esforços físicos também foram realizadas.

A sutura foi removida após 7 dias. Clinicamente, a cicatrização estava compatível com o período pós-operatório e o paciente não relatou efeitos inesperados pós-cirurgia. Uma radiografia periapical foi realizada (Figura 10). Após 9 e 15 meses o paciente foi rechamado para controle clínico e radiográfico (Figura 11 e 12). Paciente não apresentava sinais e sintomas de infecção persistente. Ao exame radiográfico evidenciou-se redução significativa no tamanho da lesão.

Figura 01 – Radiografia inicial



Fonte: as autoras

Figura 02 – Anestesia alveolar superior anterior



Fonte: as autoras

Figura 03 – Anestesia infiltrativa por palatino



Fonte: as autoras

Figura 04 – Incisão



Fonte: as autoras

Figura 05 – Cortical óssea rompida



Fonte: as autoras

Figura 06 – Ampliação da loja óssea em alta rotação



Fonte: as autoras

Figura 07 – Remoção do tecido de granulação



Fonte: as autoras

Figura 08 – Após apicectomia realizada



Fonte: as autoras

Figura 09 – Sutura com pontos simples



Fonte: as autoras

Figura 10 – Radiografia 7 dias após a cirurgia



Fonte: as autoras

Figura 11 – Radiografia 9 meses após a cirurgia



Fonte: as autoras

Figura 12 – Radiografia 15 meses após a cirurgia



Fonte: as autoras

2.2 CASO 2

Paciente, do gênero masculino, 72 anos, foi atendido na Clínica do Curso de Especialização em Endodontia da FoUFRGS, relatando alteração na região de maxila, lado direito, com sintomatologia dolorosa.

Na anamnese, paciente relata ser hipertenso e apresentava história progressiva de tratamento endodôntico e reabilitação com prótese fixa no dente 13 há mais de 40 anos. No exame radiográfico (Figura 13) foi visualizada lesão radiolúcida associada ao dente 13 compatível com periodontite apical crônica. Este elemento dentário apresentava núcleo metálico fundido bastante volumoso e uma prótese fixa em resina acrílica que seria removida e substituída por uma peça metalocerâmica de acordo com o planejamento protético. Ao exame clínico, evidenciou-se dor à palpação e ausência de mobilidade dentária.

Para iniciar o procedimento, foi realizada anestesia com mepivacaína HCL 12% + epinefrina 1:100.000 por bloqueio da região alveolar superior anterior direita (Figura 14) com complementação de anestesia do nervo nasopalatino (Figura 15). Então, iniciou-se a cirurgia com incisão trapezoidal de Wassmund (Figura 16), confeccionando um retalho mucoperiosteal de espessura total, utilizando lâmina de bisturi nº15.

Foi realizada a localização e ampliação da loja óssea, a qual já estava rompida como consequência da própria lesão, com o auxílio de uma ponta diamantada 1014 (KG Sorensen), em alta rotação, sob abundante irrigação com água destilada (Figura 17). Após a ampliação da loja óssea (Figura 18), com o uso de curetas de Lucas e periodontais, foi realizada a remoção completa do tecido de granulação (Figura 19).

Com ponta diamantada tronco-cônica 3195 (KG Sorensen) foi realizada apicectomia do dente 13 (Figura 20). A loja cirúrgica foi irrigada com 20 ml de água destilada para remoção total do tecido de granulação, espículas ósseas e resíduos dentinários oriundos do seccionamento apical. Então, foi realizada retrocavidade e obturação retrógrada com agregado trióxido mineral (MTA) (Angelus, Londrina, Brasil).

Por fim, foi realizada a reposição do retalho e a sutura com pontos simples (Figura 21), utilizando fio de seda 4-0 (Procure, São Paulo, Brasil).

Para o pós-operatório, foi prescrito paracetamol 750 mg a cada 6 horas enquanto houvesse dor. Solução de digluconato de clorexidina 0,12% foi prescrita para uso externo através de bochechos de 10 ml, por 1 minuto, de 12 em 12 horas, por 7 dias. Aplicação de gelo na região foi indicada nas primeiras 48 horas. Demais orientações com relação aos

cuidados com relação à dieta, hidratação, evitar calor no local e esforços físicos também foram realizadas.

A sutura foi removida após 7 dias. Paciente apresentava cicatrização normal e compatível com o período pós-operatório. Após 7 e 13 meses o paciente foi rechamado para controle clínico e radiográfico do caso. Paciente não apresentava sinais e sintomas de infecção persistente. Ao exame radiográfico evidenciou-se redução significativa no tamanho da lesão (Figura 22 e 23).

Figura 13 – Raio x Inicial



Fonte: as autoras

Figura 14 – Anestesia alveolar superior anterior



Fonte: as autoras

Figura 15 – Anestesia infiltrativa por palatino



Fonte: as autoras

Figura 16 – Incisão



Fonte: as autoras

Figura 17 – Localização e ampliação da loja óssea em alta rotação



Fonte: as autoras

.Figura 18 – Loja óssea após ampliação em alta rotação



Fonte: as autoras

Figura 19 – Curetagem do tecido de granulação



Fonte: as autoras

Figura 20 – Após apicectomia



Fonte: as autoras

Figura 21 – Sutura com pontos simples



Fonte: as autoras

Figura 22 – Raio x 7 meses após a cirurgia



Fonte: as autoras

Figura 23 - Raio x 13 meses após a cirurgia



Fonte: as autoras

3 DISCUSSÃO

Ao nos depararmos com o insucesso de um tratamento endodôntico convencional, geralmente a primeira opção como alternativa é o retratamento endodôntico. Entretanto, nem sempre é possível realizar uma nova intervenção, o que nos leva a optar pelo procedimento cirúrgico (VON ARX; WALKER III, 2000). Algumas indicações para a realização de cirurgia parendodôntica são casos em que persista a infecção endodôntica pós-tratamento na região mais apical do conduto, quando há presença de coroas protéticas e pinos intrarradiculares que impossibilitem um novo tratamento endodôntico, quando há exsudação persistente que impeça a secagem do canal e a obturação, quando há a presença de perfurações no canal e quando o conduto radicular encontra-se calcificado ou obstruído (AZAMBUJA; BERCINI; ALANO, 2006; PASHA; MADHU; NAGARAJA, 2013; LODI *et al.*, 2008; MOISEIWITSCH; TROPE; FILL, 1998). Diante disso, no presente trabalho, optamos pelo procedimento cirúrgico, visto que ambos os casos relatados apresentavam pinos intrarradiculares e coroas protéticas, que impediam o retratamento endodôntico. Além disso, baseado no plano de tratamento reabilitador protético optou-se por manter os núcleos metálicos fundidos previamente instalados. Cabe ressaltar ainda que, no caso clínico 1, não estava prevista nem a remoção da coroa metalocerâmica, uma vez que esta se encontrava satisfatória sob os pontos de vistas estético e funcional.

Para realizar uma cirurgia parendodôntica, há diversos tipos de incisões que podem ser realizadas. A escolha da incisão deve ser pautada pelo tamanho da lesão, condição dos tecidos periodontais (presença de bolsa periodontal, por exemplo) e apelo estético da região operada. Nos casos aqui relatados, optamos pela incisão trapezoidal de Wassmund, por preservar a gengiva marginal e manter a altura da crista alveolar (LEON, 2011). Sendo assim, deve ser utilizada em dentes com próteses fixas, facetas ou qualquer tipo de restauração estética que possa ser comprometida devido à retração gengival pós-cirúrgica. Além disso, a incisão de Wassmund proporciona excelente campo de visão e maior chance de englobar toda a lesão após realização do retalho, minimizando a chance de deiscência do tecido durante o controle pós-operatório (LEON, 2011).

Em decorrência do tamanho das lesões inflamatórias apicais, a cortical óssea vestibular já havia sido comprometida em ambos os casos. Em função disso, foi apenas realizada a ampliação da loja cirúrgica para melhor visualização do tecido inflamatório, a fim de facilitar sua remoção. A osteotomia foi feita com a caneta de alta rotação, visto que seu uso implica nas mesmas alterações histológicas no tecido ósseo que o uso da baixa

rotação e que ambas as técnicas mantêm o tecido ósseo viável para a neoformação óssea, de acordo com o Gaspar *et al.* (2012). Em ambos os casos relatados foi utilizada a técnica da curetagem, sendo essa uma remoção cirúrgica do tecido inflamatório associado à porção apical do dente em questão, podendo ser realizada com limas e curetas periodontais.

Logo depois, foi realizada a secção dos 3mm do ápice radicular (apicectomia) para remover o delta apical e melhorar o acesso ao remanescente radicular. É importante realizar ambas as técnicas, pois a curetagem apical somada à apicectomia aumenta de forma considerável o prognóstico do caso (VON ARX; WALKER III, 2000; PINTO *et al.*, 2011). Por fim, foi realizada uma plastia apical.

No caso clínico 2, foi realizada a retrocavidade, que consiste em um preparo de uma cavidade na porção final do remanescente radicular e a obturação retrógrada deste espaço com um material com características biológicas a fim de selar o canal radicular via porção apical e induzir o reparo na região (CARVALHO *et al.*, 2005). Neste caso, utilizamos o agregado trióxido mineral (MTA) como material retrobturador.

O MTA é um material desenvolvido para uso odontológico com o objetivo de selar as áreas de comunicação entre o canal radicular e o periodonto, apresentando excelentes propriedades para seu uso em retrobturações. Sendo assim, o MTA foi o material escolhido para a obturação retrógrada do caso relatado, visto que promove um melhor selamento apical, menor infiltração bacteriana, sofre pouca influência do sangue e da umidade, não apresenta citotoxicidade, apresenta boa resistência à compressão, adequada radiopacidade, efeito antimicrobiano com capacidade osteoindutora quando comparado aos outros materiais, tornando esse material o padrão ouro para casos de retrobturações (LEONARDO, 2005; ANDRADE, 2008).

A dor pós-operatória pode ser referida em diferentes intensidades e prevalências após cirurgias apicais, o que está diretamente relacionado às características intrínsecas do paciente e a outros fatores, como o tipo e a duração do procedimento cirúrgico, extensão e natureza da lesão tecidual, analgesia adicional trans e pós-operatória, atividade farmacológica do agente escolhido e, também, dos princípios culturais, sociais e da individualidade do paciente (AIDA; BABA; YAMAKURA, 1999; BASSANEZI; OLIVEIRA FILHO, 2006). As drogas mais comuns a serem empregadas para controle da dor pós-operatória na odontologia, podendo ser administradas de forma associada ou individual, são os antiinflamatórios esteroidais, antiinflamatórios não-esteroidais (AINEs) e analgésicos (FATTAH *et al.*, 2005).

Nos casos relatados neste estudo, por se tratar de duas cirurgias menores, envolvendo uma pequena área, a medicação administrada para ambos os procedimentos foi o Paracetamol 750mg, um analgésico não-opióide comumente prescrito em procedimentos odontológicos. Os analgésicos não-opioides, também conhecidos como de ação periférica, apresentam sua indicação para a terapia de dores leves a moderadas e atuam na depressão direta do nociceptor sensibilizado, diminuindo o estado de hiperalgesia persistente, através do bloqueio da entrada de cálcio e diminuição dos níveis de monoaminooxidase cíclica nas terminações nervosas livres (FATTAH *et al.*, 2005). O paracetamol tem baixa ocorrência de efeitos colaterais significativos em doses terapêuticas, não causa irritação gástrica e não gera inibição da agregação plaquetária, tornando-o um fármaco de boa escolha. Os efeitos adversos desse fármaco se limitam aos casos onde há superdosagem aguda, sendo a hepatotoxicidade o mais grave, uma vez que sua metabolização se dá basicamente no fígado (WANNMACHER; FERREIRA, 1999).

Outra opção de fármaco que poderia ter sido empregado para os casos são os anti-inflamatórios não-esteroidais, também são amplamente utilizados na odontologia e apresentam-se como uma alternativa eficaz de analgesia pós-operatória. Esses fármacos atuam reduzindo a estimulação das terminações nervosas livres pelos mediadores inflamatórios gerados após o trauma cirúrgico e, conseqüentemente, diminuindo a intensidade e gravidade da dor (BASSANEZI; OLIVEIRA FILHO, 2006; FATTAH *et al.*, 2005). Entretanto, os anti-inflamatórios não esteroidais não seletivos apresentam como efeito colateral a toxicidade gastrointestinal, principalmente na terapia de longo prazo, que resulta em efeitos adversos como ulcerações, perfurações e sangramento (CICCONETTI *et al.*, 2004).

Para auxílio da higiene bucal foi acrescido, em ambos os casos, o controle químico do biofilme, uma vez que, após a cirurgia, deve ser evitado o controle mecânico do biofilme na área do procedimento para evitar deslocamento das suturas e/ou trauma da região operada, ocasionando sangramento da região. Foi prescrito, então, a solução de digluconato de clorexidina 0,12% para bochecho bucal. A clorexidina é um dos agentes antimicrobianos de uso oral mais potente e altamente eficaz, pode ser utilizada para a prevenção e o tratamento de doenças bucais, com mínimos efeitos colaterais, baixa toxicidade local e sistêmica e sem alteração da flora local. Sua indicação se estende para diversas áreas, como no auxílio de higiene bucal em deficientes físicos com limitações motoras, em deficientes mentais, em portadores de aparelhos ortodônticos, em pacientes geriátricos, na diminuição de

bacteremias pós-cirúrgicas, antes de procedimentos cirúrgicos ou periodontais e na desinfecção de escovas de dente e de superfícies. (HORTENSE *et al.*, 2010)

O acompanhamento clínico e radiográfico de cirurgias parodontais é de extrema importância, a fim de avaliar o sucesso desta terapia. Segundo Kvist e Reit (1999), o retratamento cirúrgico resulta em um preenchimento ósseo periapical mais rápido, porém as evidências mostram um risco maior de "falhas tardias" (após um ano da intervenção). Por isso, concluiu-se que o período de preservação pode influenciar fortemente as conclusões a respeito do tratamento realizado. A preservação dos casos apresentados neste estudo será realizada por pelo menos 2 anos, já que, de acordo com Imura *et al.* (2007), para dentes que apresentam lesão periapical se faz necessário um período de tempo mais extenso de avaliação, entre 2 e 5 anos. Orstavik (1996) também verificou em seu estudo a necessidade de acompanhamento pós-operatório superior a um ano, pois o insucesso do tratamento manifesta-se após o primeiro ano pós-operatório. Até a presente data, foi realizado acompanhamento clínico e radiográfico por 9 e 15 meses do caso 1 e por 7 e 13 meses do caso 2, estando ambos os pacientes assintomáticos e com diminuição considerável do tamanho da lesão periapical após exames radiográficos periapicais.

4 CONCLUSÃO

A cirurgia parendodôntica consiste em uma estratégia com altos índices de resolutividade para lesões periapicais inflamatórias onde não há a possibilidade de um retratamento endodôntico não cirúrgico ou quando este já foi realizado, porém o paciente permanece com sinais e sintoma de infecção endodôntica. Durante o período de acompanhamento, para ambos os casos clínicos apresentados, a cirurgia parendodôntica foi efetiva no controle da infecção endodôntica. Mais tempo se faz necessário para confirmar a resolutividade deste procedimento cirúrgico para os casos apresentados.

REFERÊNCIAS

ABOTT, P. V. Recognition and prevention of failures in clinical dentistry: endodontics. **Ann. R. Australas. Coll. Dent. Surg.**, Sydney, v. 11, p. 150-166, Nov. 1991.

AIDA, S.; BABA, H.; YAMAKURA, T. The effectiveness of preemptive analgesia varies according to the type of surgery: a randomized, double-blind study. **Anesth. Analg.**, Cleveland, v. 89, p. 711-716, 1999.

ALMEIDA-FILHO, J. *et al.* Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso. **Oral Sci.**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 21-25, abr. 2011.

ANDRADE, L. F. **Utilização do MTA em obturação retrógrada cirúrgica**. 39 f. Monografia (Especialização em Endodontia) – Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, Campinas, 2008.

AZAMBUJA, T. W. F.; BERCINI, F.; ALANO, F. Cirurgia paraendodôntica: revisão da literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. **R. Fac. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 47, n. 1, p. 24-29, abr. 2006.

BASSANEZI, B. S. B.; OLIVEIRA FILHO, A. G. Analgesia Pós-operatória. **Rev Col Bras Cir.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 116-122, 2006.

BERHARDT, L. V. **Advances in medicine and biology**. Hauppauge, NY: New Science Publisher, 2011.

BRINHOLE, M. C. P. *et al.* Cirurgia periapical: relato de um caso. **Rev. Inst. Ciênc. Saúde.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 61-65, 1999.

CARVALHO, M. G. P. *et al.* Apicetomia seguida de obturação retrógrada com agregado trióxido mineral (mta): relato de caso clínico. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line**, Santa Maria, ano 1, n. 2, jul./dez. 2005.

CICCONETTI, A. *et al.* COX-2 selective inhibitors: a literature review of analgesic efficacy and safety in oral-maxillofacial surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, St. Louis, v. 97, n. 2, p. 139-146, 2004.

ESPÍNDOLA, A. C. S. *et al.* Avaliação do Grau de Sucesso e Insucesso no Tratamento Endodôntico. **RGO**, Porto Alegre, v. 50, n. 3, p. 164-166, jul./set. 2002.

FARZANEH, M.; ABITBOL, S.; FRIEDMAN, S. Treatment Outcome in Endodontics: The Toronto Study. Phases I and II: Orthograde Retreatment. **J Endod.**, Toronto, v. 30, n. 9, p. 627-633, Sept. 2004.

FATTAH, C. M. R. S. *et al.* Controle da dor pós-operatória em cirurgia bucal: revisão de literatura. **Rev. Odontol. Araçatuba.**, Araçatuba, v. 26, n. 2, p. 56-62, 2005.

FRIEDMAN, S.; STABHOLZ, A.; TAMSE, A. Endodontic retreatment--case selection and technique. 3. Retreatment techniques. **J Endod**, Chicago, v. 16, n. 11, p. 543-549, Nov. 1990.

GASPAR, J. C. *et al.* Osteotomia a baixa rotação sem irrigação vs alta rotação com irrigação. **Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.**, Lisboa, v. 53, n. 1, p. 3-4, jan. 2012.

HADDAD FILHO, E. M. **Endodontia de vanguarda**: mais fácil, mais rápida e mais segura. Nova odessa, SP: Napoleão, 2015.

HORTENSE, S. R. *et al.* Uso da clorexidina como agente preventivo e terapêutico na Odontologia **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 178-184, 2010.

HOSKINSON, S. E. *et al.* A retrospective comparison of outcome of root canal treatment using two different protocols. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 93, n. 6, p. 705-715, June 2002.

IQBAL, A. The Factors Responsible for Endodontic Treatment Failure in the Permanent Dentitions of the Patients Reported to the College of Dentistry, the University of Aljouf, Kingdom of Saudi Arabia. **J Clin Diagn Res**, India, v. 10, n. 5, p. 146-148, May 2016.

KANG, M. *et al.* Outcome of nonsurgical retreatment and endodontic microsurgery: a meta-analysis. **Clin Oral Investig**, Berlin, v. 19, n. 3, p. 569-582, Jan. 2015.

KOJIMA, K. *et al.* Success rate of endodontic treatment of teeth with vital and nonvital pulps: A meta-analysis. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 97, n. 1, p. 95-99, Jan. 2004.

KVIST, T.; REIT, C. Results of endodontic retreatment: a randomized clinical study comparing surgical and nonsurgical procedures. **J Endod.**, Chicago v. 25, n. 12, p. 814-817, 1999.

LEONARDO, M. R. **Endodontia**: tratamento de canais radiculares: princípios técnicos e biológicos. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

LEON-ROMAN, M. A.; GIOSO, M. A. Tratamento de canal convencional: opção à extração de dentes afetados endodonticamente: revisão. **Clínica Veterinária**, Brasil, v. 40, p. 32-44, set./out.2002.

LEWIS, R.; BLOCK, R. Management of endodontic failures. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, St. Louis, v. 66, n. 6, p. 711-721, Dec. 1988.

LODI, L. M. *et al.* Cirurgia paraendodôntica: relato de caso clínico. **RSBO**, Joinville, v. 5, n. 2, p. 69-74, 2008.

MADDALONE, M.; GAGLIANI, M. Periapical endodontic surgery: a 3-year follow-up study. **Int Endod J**, Oxford, v. 36, n. 3, p. 193-198, May 2019.

MECKEL, A. H.; GRIEBSTEIN, W. J.; NEAL, R. J. Structure of mature human dental enamel as observed by electron microscopy. **Arch Oral Biol**, Oxford, v. 10, n. 5, p. 775-783, 1965.

MOISEIWITSCH, J. R. D.; TROPE, M.; HILL, C. Nonsurgical root canal therapy treatment with apparent indications for root-end surgery. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, St. Louis, v. 86, n. 3, p. 335-340, Sept. 1998.

ORSTAVIK, D. Time course and risk analyses of the development and healing of chronic apical periodontitis in man. **Int Endod J**, Oxford, v. 29, p. 150-155, 1996.

PASHA, S.; MADHU, K. S.; NAGARAJA, S. Treatment outcome of surgical management in endodontic retreatment failure. **PODJ**, Peshawar, v. 33, n. 3, p. 554-557, Oct. 2013.

PINTO, M. S. S. Cirurgia parendodôntica: revisão de literatura. **R. Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 4, p. 55-60, out./dez. 2011.

POST, L. K. *et al.* Sealing Ability of MTA and Amalgam in Different Root-End Preparations and Resection Bevel Angles: An In Vitro Evaluation Using Marginal Dye Leakage. **Braz Dent J**, São Paulo, v. 21, n. 5. p. 416/419, 2010.

RUD, J.; ANDREASEN, J. O.; JENSEN, J. E. Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. **Int. J. Oral. Surg.**, Copenhagen, v. 1, p. 195-214, 1972.

VON ARX, T. Apical surgery: A review of current techniques and outcome. **Saudi Dent J**, Arábia Saudita, v. 23, n. 1, p. 9-15, Nov. 2010.

VON ARX, T.; WALKER, W. A. Microsurgical instruments for root-end cavity preparation following apicoectomy: a literature review. **Endod. Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 16, p. 47-62, 2000.

WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. Antiinflamatórios esteróides. *In*: WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. **Farmacologia clínica para dentistas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 166-172.

WILCOX, L. R. *et al.* Endodontic retreatment: evaluation of gutta-percha and sealer removal and canal reinstrumentation. **J Endod**, Chicago, v. 13, n. 9, p. 453-457, Sep. 1987.

APÊNDICE A - ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de relato de caso clínico segue a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Encontram-se anexos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 1**), Termo de Autorização para Divulgação de Imagem (**Anexo 2**), Termo de Compromisso para Uso de Dados (**Anexo 3**).

1. Critérios de Inclusão

Foram convidados a participar da pesquisa, pacientes que já haviam realizado tratamento endodôntico e que apresentavam sinais e sintomas de infecção presente, porém que não poderiam ser submetidos ao retratamento endodôntico convencional. Nesse sentido, a modalidade terapêutica indicada seria a cirurgia parendodôntica para curetagem da lesão associada ou não com obturação retrógrada.

1. Critérios de exclusão

Pacientes com envolvimento sistêmicos que impossibilitassem a realização do procedimento cirúrgico como diabetes não controlada, hipertensão, pacientes imunossuprimidos ou que não concordassem com o plano de tratamento proposto.

2. Modo de abordagem do paciente e de obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido

O paciente receberá informações quanto ao conteúdo e objetivo da pesquisa. Caso aceite, ele receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 1**). Após a apresentação e leitura do termo, será garantido ao mesmo a possibilidade de realizar questionamentos e a possibilidade de desistir de fornecer o consentimento para participação da pesquisa. Mediante a assinatura do termo, será explicado ao participante, com linguagem apropriada, o objetivo da pesquisa.

3. Riscos

Os riscos associados ao estudo são mínimos. Os dados pessoais do paciente serão mantidos em sigilo, sob responsabilidade do pesquisador responsável. Não serão divulgadas qualquer informação que permita a identificação do participante. Além disso, como risco podemos citar aqueles inerentes ao procedimento cirúrgico proposto.

4. Benefícios

Através da documentação dos casos clínicos e divulgação dos mesmos na comunidade acadêmica, busca-se divulgar esta modalidade terapêutica e encorajar os cirurgiões dentistas a realizar cirurgias parentodônticas com previsibilidade quando o retratamento endodôntico convencional não está indicado ou não pode ser realizado.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo: “Cirurgia Parendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional”

Você, _____ está sendo convidado a participar de um projeto de estudo de caso clínico “Cirurgia Parendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional” sobre o tratamento de lesões apicais através de cirurgiaarendodôntica.

Para isso, será necessário usar informações técnicas que foram empregadas para fazer o diagnóstico, planejamento e execução do tratamento, bem como o acompanhamento depois do tratamento. Caso você aceite participar, você consentiria que esses dados, as fotografias e as radiografias fossem estudadas relacionando-os com pesquisas científicas da literatura atual.

Não há desconforto relacionado à autorização para sua participação desse estudo e ele não lhe causará nenhum gasto previsível. Os únicos desconfortos que poderiam ser esperados são aqueles do tratamento que você foi submetido. Os riscos associados ao estudo são mínimos. Os dados pessoais do paciente serão mantidos em sigilo, sob responsabilidade do pesquisador responsável. Não serão divulgadas qualquer informação que permita a identificação do participante.

O relato desse tratamento é importante, pois irá contribuir para que outros dentistas possam conhecer os recursos e técnicas empregados no tratamento de lesões apicais através da cirurgiaarendodôntica. Os resultados serão divulgados publicamente em uma apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso, um artigo de uma revista específica da área de Odontologia ou em eventos com objetivo de ensino e pesquisa. Os seus dados pessoais não serão revelados.

Você tem toda a liberdade de pedir esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento, podendo ou não concordar em participar. Se você se recusar a participar ou quiser desistir, a qualquer momento, você não será penalizado e não haverá prejuízo no acompanhamento do tratamento odontológico, que continuará seguindo normalmente os fluxos do atendimento odontológico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Você receberá uma cópia deste termo, assinada pelo pesquisador responsável. Caso você tenha alguma dúvida, por favor, entre em contato com o Prof Ricardo Abreu da Rosa, que é o responsável pelo estudo, por meio do telefone (51) 3308-5430, ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por meio do telefone (51) 3308-3738.

Eu, _____ certifico que li as informações acima e as minhas dúvidas foram esclarecidas pelos pesquisadores, e estou de acordo com a utilização dos dados técnicos, imagens clínicas e radiográficas do tratamento que fui submetido, o qual foi realizado em um estudo de caso.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2019.

Nome do paciente:

Assinatura:

Nome do pesquisador responsável:

Assinatura do Pesquisador responsável:

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**

Eu, _____,
CPF _____, RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, o tipo de tratamento, riscos e benefícios do estudo, bem como de estar ciente da necessidade do uso de fotografias e radiografias feitas antes, durante e depois do tratamento dentário, e que estão especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Ricardo Abreu da Rosa, Fernanda Carlesso e Vanessa Senna dos Santos do projeto de relato de caso intitulado “Cirurgia Parendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional” a utilizar fotos e radiografias para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências). Será garantido a não-identificação do participante, o sigilo e a confidencialidade quanto ao uso dos dados.

Porto Alegre, __ de _____ de 20__.

Assinatura do responsável pelo participante da pesquisa:

Assinatura do pesquisador responsável:

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS

Nós, pesquisadores participantes da pesquisa “Cirurgia Parendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional” declaramos que conhecemos e cumprimos as normas vigentes expressas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e em suas complementares.

Assumimos o compromisso de, ao utilizar dados do serviço e/ou informações coletadas no prontuário do participante da pesquisa, assegurar a confidencialidade e privacidade do mesmo.

Assumimos ainda neste termo o compromisso de destinar os dados coletados somente para o projeto ao qual se vinculam.

Todo e qualquer outro uso deverá ser objeto de um novo projeto de relato de caso clínico que deverá ser submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, pelo qual assinamos o presente termo.

Porto Alegre, dia, mês de 2019.

Fernanda Carlesso

Vanessa Senna dos Santos

Prof Dr Ricardo Abreu da Rosa

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cirurgia Parendodôntica: uma alternativa ao tratamento endodôntico convencional

Pesquisador: Ricardo Abreu da Rosa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21694819.6.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.618.100

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de relato de caso clínico, sob a responsabilidade do Prof Ricardo Abreu da Rosa da Faculdade de Odontologia da UFRGS, e que conta com a participação de Fernanda Carlesso e Vanessa Senna dos Santos. O estudo será realizado na Faculdade de Odontologia da UFRGS e constitui-se Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo desse projeto será relatar dois casos clínicos de cirurgia paraendodôntica de caninos superiores e seus acompanhamentos pós-operatórios.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Segundo os pesquisadores, os riscos associados ao estudo são mínimos. Os dados pessoais do paciente serão mantidos em sigilo, sob responsabilidade do pesquisador responsável. Não serão divulgadas qualquer informação que permita a identificação do participante. Embora os pesquisadores apontem os riscos relacionados à cirurgia, eles não são relacionados à pesquisa em si.

BENEFÍCIOS: Os benefícios são indiretos. Segundo os pesquisadores, por meio da documentação dos casos clínicos e divulgação dos mesmos na comunidade acadêmica, busca-se divulgar esta modalidade terapêutica e encorajar os cirurgiões dentistas a realizar cirurgias parendodônticas

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.618.100

com previsibilidade quando o retratamento endodôntico convencional não está indicado ou não pode ser realizado.

indicado ou não pode ser realizado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Introdução e justificativa: presentes.
- Objetivo: descrito de forma adequada.
- Metodologia: relato de dois casos clínicos.
- Foram apresentados o relato do caso clínico, as imagens e exames radiográficos que serão divulgadas nas publicações.
- Estratégia para convite do participante: descrita.
- Critério de inclusão: pacientes que já haviam realizado tratamento endodôntico e que apresentavam sinais e sintomas de infecção presente, porém que não poderiam ser submetidos ao retratamento endodôntico convencional. A modalidade terapêutica indicada seria a cirurgia parestodôntica para curetagem da lesão associada ou não com obturação retrógrada.
- Critérios de exclusão: embora tenham sido descritos pelos pesquisadores, os mesmos não se aplicam nesse tipo de estudo.
- Número de participantes: 02.
- Cronograma: adequado.
- Orçamento: R\$570,00, sob a responsabilidade do pesquisador docente.

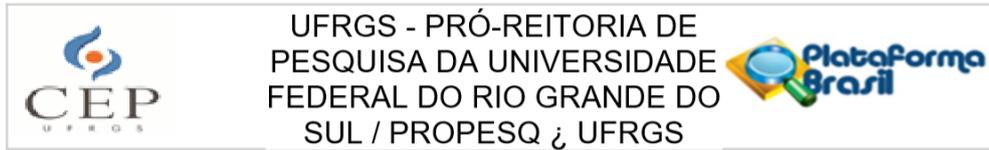
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: presente.
- Termo de Compromisso para Uso de Dados: presente e assinado por todos os pesquisadores.
- Termo de Autorização para Uso de Imagem: presente, informando de que forma as imagens serão divulgadas e a garantia de não identificação.
- TCLE: apresentado na forma de convite, contém informações sobre o objetivo da pesquisa, apresenta riscos e benefícios, há garantia de sigilo na divulgação das informações, informa como as informações serão utilizadas, há garantia de desistência, há contato do pesquisador e do CEP-UFRGS, garante que em caso de desistência não haverá prejuízo à continuidade do tratamento na FO-UFRGS, garante que o participante receberá uma cópia do termo.

Recomendações:

Sugere-se aos pesquisadores que substituam no TCLE a palavra "paciente" para "participante" no espaço destinado à assinatura.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.618.100

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está estruturado de forma adequada e pode ser APROVADO quanto aos aspectos éticos relacionados à pesquisa em seres humanos, conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435914.pdf	20/09/2019 14:41:46		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_Cirurgia.pdf	20/09/2019 14:41:04	Ricardo Abreu da Rosa	Aceito
Outros	termodecompromisso.docx	16/09/2019 07:27:12	Ricardo Abreu da Rosa	Aceito
Outros	termodeautorizacao.docx	16/09/2019 07:26:36	Ricardo Abreu da Rosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa.docx	16/09/2019 07:25:42	Ricardo Abreu da Rosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/09/2019 07:20:34	Ricardo Abreu da Rosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Outubro de 2019

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br