

FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ODONTOLOGIA: A EXPERIÊNCIA DO ENSINO INTEGRADO NA CIRURGIA PARENDODÔNTICA

JÚLIA BORTOWSKI DE MEDEIROS¹; PAOLA PEREIRA REIZNAUTT²
NATALIA MARCUMINI POLA³;

EZILMARA LEONOR ROLIM DE SOUSA⁴:

¹Universidade Federal de Pelotas – juliamedeirossb@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – paolareizanautt1997@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – nataliampola@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – ezilrolim@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A endodontia clínica engloba uma série de tratamentos que compartilham o objetivo de prevenir e tratar a contaminação microbiana da polpa e do sistema de canais radiculares (BERMAN *et al.*, 2021). As taxas de sucesso do tratamento endodôntico, segundo a American Association of Endodontists (AAE), variam de 85% a 95%. Esses índices dependem de fatores como a complexidade do caso, técnica utilizada, experiência do profissional e cooperação do paciente. O insucesso endodôntico, entretanto, é baixo, sendo a principal causa a persistência de microrganismos que causam uma infecção intrarradicular ou extrarradicular, e que se tornam resistentes às medidas de desinfecção (PRADA *et al.*, 2019).

Segundo TORABINEJAD *et al.* (2016), o retratamento endodôntico, que consiste na realização de um novo tratamento, é considerado a primeira opção de procedimento quando o dente exibe tratamento de canal radicular inicial inadequado. Segundo MURGEL *et al.* (2020), a cirurgia perirradicular (parendodôntica) é indicada como nova intervenção apenas quando todas as possibilidades clínicas da endodontia convencional foram esgotadas. Para JOHNSON, FAYED & BERMAN (2021), os objetivos da cirurgia perirradicular são obter acesso à área afetada, remover o tecido afetado, avaliar a circunferência da raiz e o sistema do canal radicular e colocar um selamento biocompatível na forma de uma obturação no ápice para que possa estimular a regeneração do periodonto. A presença de dor contínua, drenagem, mobilidade ou um aumento do tamanho de uma área radiolúcida observada radiograficamente são algumas das indicações para a cirurgia parendodôntica (LIEBLICH E., 2012). A porcentagem de sucesso da cirurgia parendodôntica, em um estudo realizado por VILLA-MACHADO *et al.* (2013) foi de 83,6%, enquanto a porcentagem de insucesso (casos de função assintomática/doença persistente) foi de 16,4%.

A complexidade técnica do procedimento requer habilidades cirúrgicas avançadas e equipamentos especializados (NG YL *et al.*, 2023). Neste contexto, a cirurgia parendodôntica não é um procedimento comumente realizado durante a graduação em Odontologia, visto que os discentes ainda estão explorando suas habilidades terapêuticas. Diante disso, o presente estudo busca apresentar uma abordagem prática e detalhada que possa contribuir para o aprendizado e a compreensão da importância da cirurgia parendodôntica na prática clínica, ilustrando um caso clínico realizado na FO-UFPEL.

2. ATIVIDADES REALIZADAS

Este trabalho descreve a experiência de acompanhar a cirurgia parendodôntica como abordagem terapêutica para o tratamento de uma lesão perirradicular persistente na disciplina de Unidade de Clínica Odontológica III. Dado que essa técnica é raramente abordada na formação de graduação, o relato dessa experiência motivou a escolha deste tema.

Durante a cirurgia parendodôntica, realiza-se a anestesia local, seguido da incisão na gengiva para visualizar o osso, remoção do tecido inflamado ou infectado ao redor da raiz do dente, e muitas vezes, a ressecção da ponta da raiz (LOPES; SIQUEIRA JÚNIOR, 2010). Nesta abordagem, foi adotada a terapia indicada na literatura. O dente tratado foi o incisivo lateral superior esquerdo, que apresentava uma lesão perirradicular persistente. Este dente não possuía tratamento endodôntico prévio, devido a várias tentativas frustradas de obturação do canal radicular. A infecção apresentava drenagem contínua, o que impedia a conclusão do tratamento. Para o procedimento, a região do dente foi anestesiada, com um bloqueio do nervo alveolar superior anterior. Logo após, a gengiva foi deslocada para visualização do tecido ósseo subjacente e da área da lesão. Com irrigação contínua com soro fisiológico, foi efetuado um desgaste ósseo com caneta em alta rotação e broca diamantada esférica. Posteriormente, a região foi limpa e curetada, e a medicação que estava presente removida. Com o ápice radicular previamente limpo e o campo operatório visível por meio da irrigação e aspiração contínua de solução salina a 0,9%, foi realizada a ressecção de 3 mm do ápice radicular, utilizando caneta em alta rotação e ponta diamantada cônica. Foi realizada a retroinstrumentação do interior do conduto com limas endodônticas, acompanhada de irrigação e aspiração contínua com solução salina, visando a remoção dos resquícios da pasta de hidróxido de cálcio presente no interior do canal. Após a limpeza e secagem do canal radicular, procedeu-se à obturação do canal com cone de guta-percha e cimento endodôntico Endomethasone N com eugenol. O cone de guta-percha ficou retido na região apical e, em seguida, foi realizado o selamento do ápice radicular com Agregado de Trióxido Mineral (MTA), um material amplamente utilizado na endodontia para selar perfurações dentárias e tratar lesões perirradiculares.

Após a apicectomia e obturação do canal radicular simultaneamente a cirurgia, o retalho foi reposicionado e suturado com pontos simples ao longo de sua extensão. A literatura apoia essa abordagem, destacando que a realização de um preenchimento retrógrado durante a cirurgia pode aumentar significativamente as taxas de sucesso em comparação com tratamentos endodônticos apenas. Em um estudo realizado por BECK-BROICHSITTER BE *et al.* (2018), os dentes que receberam uma obturação retrógrada adicional do canal radicular durante a cirurgia resultaram em uma taxa de sucesso significativamente maior em comparação com aqueles com obturações ortogradas do canal radicular ou sem tratamento endodôntico adicional.

Por fim, com a síntese dos tecidos concluída, procedeu-se à restauração definitiva da abertura coronária utilizando resina composta e a realização da radiografia periapical final. Importante destacar que não houve nenhuma intercorrência durante o procedimento e no período pós-operatório.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato da cirurgia parendodôntica traz implicações relevantes tanto para a prática clínica quanto para a formação acadêmica em Odontologia. A experiência adquirida evidencia a importância de técnicas cirúrgicas menos abordadas na graduação, como a apicectomia, que podem ser essenciais para o tratamento de lesões perirradiculares persistentes.

Durante o processo cirúrgico, diversos desafios foram encontrados, como a manipulação de estruturas anatômicas delicadas. A incisão bem delimitada, a manipulação do tecido gengival a fim de evitar dilacerações e retardar o processo de cicatrização, bem como o selamento apical com Agregado de Trióxido Mineral, demandaram atenção e diligência, ressaltando a importância de uma técnica minuciosa. Essas experiências sublinham a necessidade de um maior enfoque em cirurgias parendodônticas durante a formação acadêmica, permitindo que os futuros profissionais estejam mais preparados para lidar com essas situações em sua prática. Além disso, a colaboração entre professores de diferentes áreas, bem como a troca de conhecimentos durante a realização do procedimento, foram fundamentais para superar obstáculos e aprimorar a prática. Essas interações contribuíram para uma aprendizagem significativa, reforçando a importância do trabalho em equipe e do suporte acadêmico na formação profissional. Para finalizar, seria de grande interesse explorar métodos inovadores de ensino que possam aumentar a participação dos alunos durante procedimentos cirúrgicos. O uso de tecnologias de simulação e vídeos instrutivos, por exemplo, poderia proporcionar uma experiência de aprendizado mais interativa e eficaz. Essa abordagem não apenas enriqueceria a formação acadêmica, mas também prepararia melhor os alunos para os desafios da prática clínica, garantindo que estejam aptos a aplicar técnicas cirúrgicas complexas com confiança e competência.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Americana de Endodontia. Endodontic Retreatment - A chance to rewrite history. **Endodontics: Colleagues for Excellence Newsletter**.;1-9. 1994.

BECK-BROICHSITTER, B.E., SCHMID, H., BUSCH, H.P., WILTFANG, J., BECKER, S.T. Long-term survival of teeth in the posterior region after apical surgery. **J Craniomaxillofac Surg**. 1934-1938, 2018.

BERMAN, Louis H.; HARGREAVES, Kenneth M.; ROTSTEIN, Ilan. **Cohen - Caminhos da Polpa**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021.

DE DEUS, Q.D. **Endodontia**. 1. ed. Belo Horizonte: Livraria Odontomédica & Jurídica, 1982.

JOHNSON, B.R.; FAYED, M.I.; BERMAN, L.H. Cirurgia perirradicular. In: BERMAN, L.H.; HARGREAVES, K.M.; ROTSTEIN, I. **Cohen - Caminhos da polpa**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2021. Cap. 11, p.403-464.

LIEBLICH, S.E. Endodontic surgery. **Dental Clinics of North America**, EUA, 121-132, 2012.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR., J.F. **Endodontia - Biologia e Técnica**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020.

MURGEL, C.A.F.; CAMARGO, J.M.P.; CAMARGO, R.V. Cirurgia Perirradicular. In: LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR., J.F. **Endodontia - Biologia e Técnica**. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2020. Cap. 18-3, p.624-666.

NG, Y.L., GULABIVALA, K. Factors that influence the outcomes of surgical endodontic treatment. **International Endodontic Journal**. 56 Suppl 2:116-139, 2023.

PRADA, I., MICÓ-MUÑOZ, P., GINER-LLUESMA, T., MICÓ-MARTÍNEZ, P., COLLADO-CASTELLANO, N., MANZANO-SAIZ, A. Influence of microbiology on endodontic failure. Literature review. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 364-372, 2019.

TORABINEJAD M., WHITE S.N. Endodontic treatment options after unsuccessful initial root canal treatment: Alternatives to single-tooth implants. **J Am Dent Assoc**. 214-220, 2016.

VILLA-MACHADO, P.A., BOTERO-RAMÍREZ, X., TOBÓN-ARROYAVE, S.I. Retrospective follow-up assessment of prognostic variables associated with the outcome of periradicular surgery. **International Endodontic Journal**. Colombia, 1063-1076, 2013.