

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO ENDONDÔNICO DE UMA LESÃO PERIAPICAL
EXTENSA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Ac. Morganna Nascimento Valença

Aracaju/SE
JUNHO/2015

UNIVERSIDADE TIRADENTES
CURSO DE ODONTOLOGIA

**TRATAMENTO ENDONDÔNICO DE UMA LESÃO PERIAPICAL
EXTENSA: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Coordenação do curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como parte dos
requisitos para obtenção do grau de bacharel em
odontologia.

Ac. Morganna Nascimento Valença
Orientador: Prof.Msc. Domingos Alves
dos Anjos Neto

Aracaju/SE
JUNHO/2015

MORGANNA NASCIMENTO VALENÇA

TRATAMENTO ENDONDÔNTICO DE UMA LESÃO PERIAPICAL
EXTENSA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de curso
apresentado à Coordenação do
curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes como
parte dos requisitos para obtenção
do grau de bacharel em
odontologia.

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROF.^a MSC.DOMINGOS ALVES DOS ANJOS NETO

1º EXAMINADOR

2º EXAMINADOR

ATESTADO

Eu, Domingos Alves dos Anjos Neto orientador da discente Morganna Nascimento Valença atesto que o trabalho intitulado: **“Tratamento endodôntico de uma lesão periapical extensa: Relato de caso clínico”** está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Prof. Msc. Domingos Alves dos Anjos Neto

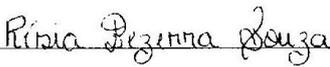
**ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE
IMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, Risia Bezerra de Souza, portadora do C.I nº 3.177.593-4 SSP/SE, faço uso deste bastante documento, a fim de autorizar e garantir o uso de imagens, deste, em publicações ou em apresentações de caráter científico, de maneira a contribuir com o desenvolvimento técnico-científico.

Sem mais subscrevo,

Aracaju, 30/04/15


Risia Bezerra de Souza

Tratamento endodôntico de uma lesão periapical extensa: relato de caso clínico

Morganna Nascimento Valença^a, Domingos Alves dos Anjos Neto^b

(^a)Graduando em Odontologia – Universidade Tiradentes; (^b)Msc. Professor Adjunto I do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes.

Resumo: Dentre as fases que compõem o tratamento endodôntico, a medicação intra-canal ou curativo de demora é de extrema importância, principalmente para os casos que apresentam lesão periapical, sendo o hidróxido de cálcio, a substância medicamentosa mais empregada, devido as suas diversas propriedades. O presente trabalho tem por propósito relatar um caso clínico, cujo tratamento foi desenvolvido na clínica odontológica da Universidade Tiradentes – Aracaju-Sergipe. Paciente sexo feminino, idade 25 anos, compareceu à clínica queixando-se de intensa dor na unidade 12. Ao exame clínico foi observado aumento de volume em região de palato à direita, com desaparecimento das rugas palatina e presença de fistula. Através do exame radiográfico foi constatado extensa lesão periapical na unidade 12/ e na região mesial da unidade foi diagnosticada como lesão cáriosa. Após análise do caso, foi dada à paciente a opção de tratamento endodôntico (empregando a técnica de renovação de hidróxido de cálcio). Na primeira sessão sob isolamento absoluto, após preparo biomecânico, aplicou-se, medicação a base de hidróxido de cálcio para a região apical. Nas sessões seguintes, houve troca de medicação, com acompanhamento clínico e radiográfico. Observou-se regressão da lesão, em um período de 1 ano. Diante do exposto pode-se concluir que o hidróxido de cálcio age por contato impedindo a multiplicação microbiana além de promover reparo dos tecidos periapicais.

Palavras Chave: Tratamento endodôntico, hidróxido de cálcio, controle da infecção

Abstract: In the endodontic treatment has many pleases and inside of the canal dressing is a very important step specially for with periapical lesions, among several medicaments used for dressing we have calcium hydroxide as a good choice because of its also stimulates hard tissue formation. The aim of the present paper is to relate a clinical case which treatment was executed in the Odontological Clinic of Tiradentes University of Aracaju-Sergipe (Clínica Odontológica da Universidade Tiradentes). A female patient, age 25, came to our clinic relating a very intensive pain in tooth 12. The clinical examination was observed swelling in right palate region, with disappearance of wrinkles and presence of palatal fistula. Through radiographic exam we observed a very large periapical lesion in teeth 12 and the mesial region of the unit was diagnosed as carious lesion. As soon as we analyzed the case, properly we gave the patient choices of treatment endodontic (In the endodontic retreatment employing the calcium hydroxide replacing technique). In the first session under rubber dam after biomechanical preparation was applied, medication calcium hydroxide base to the apical region. In the following sessions, there was an exchange of medication, with clinical and radiographic follow-up. In the following sessions, there was an exchange of medication, with clinical and radiographic follow-up. There was regression of the lesion, in a period of 1 year. Given the above it can be concluded that calcium hydroxide acts by contact preventing microbial growth and promote repair of periapical tissues.

Keywords: endodontic treatment; calcium hydroxide, infection control.

1-Introdução

A importância do tratamento endodôntico é tratar ou prevenir o desenvolvimento de lesões perirradiculares. Assim, o sucesso do tratamento do canal radicular pode ser caracterizado por ausência de doença perirradicular após um período de preservação suficiente (LOPES, SIQUEIRA JÚNIOR, 2010).

Fatores locais são os que determinam a evolução das inflamações periapicais, havendo pouca influência dos fatores sistêmicos como diabetes, idade, fatores hormonais e imunossupressão (FOP/UNICAMP: Patologia Periapical 2014).

Regezi; Sciubba (1989^a) ressaltou que o abscesso periapical é um processo inflamatório que se propaga para os tecidos periapicais quando se apresenta na fase aguda. Clinicamente, o paciente apresenta dor severa na área do dente sem vitalidade, graças a pressão e ao efeito dos mediadores químicos sobre o tecido nervoso; pus associado a lesão, sensível à palpação e percussão dentária e o dente não responde aos testes de vitalidade pulpar devido a necrose pulpar.

Kirchhoff et. al. (2013) afirmaram que o abscesso alveolar agudo consiste em coleção purulenta localizada no osso alveolar, nas adjacências do ápice radicular de um dente com polpa necrosada, com extensão da infecção para os tecidos periapicais através do forame apical, sendo acompanhado por reação inflamatória intensa podendo apresentar sintomatologia dolorosa. Tais lesões inflamatórias com formação de abscesso podem surgir como uma exacerbação aguda de uma lesão periapical inflamatória crônica (NEVILLE; DAMM; ALLEN, 2009).

A classificação dos abscessos periapicais, divide-se em sintomáticos e assintomáticos, com base na sua apresentação clínica. Se tornam assintomáticos à medida que o material purulento se acumula no interior do alvéolo. Os estágios iniciais provocam sensibilidade no dente afetado, que é muitas vezes aliviada pela aplicação direta de pressão. Com a progressão, a dor se torna mais intensa, frequentemente com sensibilidade extrema à percussão, extrusão do dente e tumefação dos tecidos (NEVILLE; DAMM; ALLEN 2009).

Leonardo; Leal (1998) resalta que o diagnóstico definitivo do abscesso dentoalveolar agudo e crônico deve ser dado a partir da associação do exame clínico com a análise radiográfica e nunca isoladamente.

A primeira manifestação radiográfica da instalação do processo inflamatório no periápice de um elemento dentário caracteriza-se por um aumento do espaço da membrana periodontal (linha radiolúcida) e rompimento da lamina dura (linha radiopaca que circunda raiz de todos os

elementos dentários) (FREITAS; POSA; SOUZA, 2004).

O preparo biomecânico dos canais radiculares e a utilização das soluções irrigadoras proporcionam uma significativa redução no número do microrganismos presentes no interior do sistema de canais radiculares. Porém, em alguns casos, se faz necessário o emprego da medicação intracanal entre sessões, com o objetivo de potencializar o processo de sanificação do sistema de canais radiculares e com isso favorecer o processo de reparo periapical. Uma boa medicação intracanal deve apresentar potencial antimicrobiano, ser biocompatível e estimular a reparação tecidual pós tratamento dos canais radiculares (ANJOS NETO, 2004, LOPES, SIQUEIRA JR, 2010).

Dentre as medicações intracanaís o hidróxido de cálcio é a medicação que possui propriedades biocompatíveis com os tecidos orais e atividade mineradora induzindo a formação de tecido ósseo (HOLLAND, et al., 2015).

Estrela et. al (2004) relataram que a medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio atua estimulando os tecidos periapicais no processo de reparação da lesão.

Anjos Neto (2004) afirmou que o hidróxido de cálcio está indicado como medicação intracanal entre as sessões, tanto para casos de polpa viva como polpa necrosada e/ou com presença de reação periapical, podendo ser utilizado também como tratamento de reabsorções radiculares internas e externas, perfurações, exsudatos persistentes e casos de traumatismos dentários, além desse medicamento possuir propriedades antimicrobianas e atividade mineradora induzindo a formação de tecido ósseo.

Segundo Lopes e Siqueira Júnior (2010) o hidróxido de cálcio tem capacidade de controlar o processo inflamatório e, assim, pode ser utilizado de forma eficaz no tratamento não cirúrgico de dentes com lesão perirradiculares.

De acordo com Lopes & Siqueira (2010) e Rozatto (2010) o uso de medicação intracanal entre sessões age na promoção e eliminação de microrganismos, atuam como barreira

físico-química contra infecção ou reinfecção por microrganismos da saliva, reduz a inflamação perirradicular, solubiliza matéria orgânica, neutraliza produtos tóxicos, controla exsudação persistente, controla reabsorção dentária externa inflamatória além de estimular a reparação por tecido mineralizado.

Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar um tratamento endodôntico em paciente com um abscesso periapical de grande dimensão na maxila, tendo como destaque a importância da troca da medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio no tratamento desta lesão.

2. RELATO DE CASO

Paciente R.S.B. gênero feminino, 25 anos de idade, feoderma, residente na cidade de Aracaju/ SE, ASA (Sociedade Americana de Anestesiologia) I, compareceu a Clínica Odontológica da Universidade, Aracaju/SE, com queixa de dor na unidade 12 (figura 1).



Figura 1. Aspecto clínico inicial
03/042014

Ao exame clínico foi observado aumento de volume em região de palato à direita, com desaparecimento das rugas palatina e presença de fistula (figura 2).



Figura 2. Aspecto clínico da lesão
02/04/2014

No exame radiográfico periapical verificou-se que o mesmo apresentava área radiolúcida na região mesial da unidade, sugestiva de cárie. Na região apical da unidade foi observada uma área radiolúcida unilocular extensa, na região do elemento 12 circundando o ápice do mesmo, com perda da lâmina dura promovendo destruição acentuada da cortical óssea sugestivo de abscesso periapical (figura 3).



Figura 3. Exame radiográfico periapical com aspecto da lesão em estágio inicial.
03/04/2014

Foi realizada a drenagem do abscesso com bisturi (Solidor) de número 15, com uma incisão no devido local da fístula e tendo como resultado presença de pus, características de abscesso periapical.

A paciente foi medicada com Amoxicilina 500 mg, Nimesulida 100mg e Dipirona Sódica 500mg e liberada em seguida.

Na sessão seguinte, foi realizado o plano de tratamento da paciente, seguindo os passos do tratamento endodôntico. Então, foi realizado a montagem da mesa (figura4).



Figura 4. Mesa Montada. 04/04/2014

Na sessão seguinte foi feita a anestesia local infiltrativa na vestibular e na palatina, administrando lidocaína a 2% com epinefrina 1:100.000.

Sob isolamento absoluto (figura 5) foi realizado a abertura coronária da unidade com a broca 1012 de HL, em seguida remoção do ombro palatino, exploração inicial do canal radicular com a lima Hedstroem nº 15 (Dentsply, MAILLEFER) com irrigação com hipoclorito de sódio a 1% (Asfer). A todo momento durante o procedimento, foi observada a presença de secreção purulenta por via canal.



Figura 5. Unidade 12 sob isolamento absoluto.

Na sequência foi realizado o preparo do terço cervical e médio com as brocas Largo nº 1 e 2 (Dentsply, MAILLEFER). Em seguida a odontometria da unidade obtendo o CAD 23mm e o CRT 22mm (figura 6) e o instrumento de memória 50 (figura 7).



6. Radiografia periapical mostrando o CRT 22mm. 04/04/2014



Figura 7. Instrumento memória 50

O canal foi medicado com Iodofórmio (K Dent) promovendo a radiopacidade da medicação e hidróxido de Cálcio P.A (Biodinâmica) visando assim à descontaminação do canal radicular, tendo como veículo a solução anestésica. A medicação foi extravasada para região da lesão com o intuito de acelerar a reparação da mesma (figura 8).

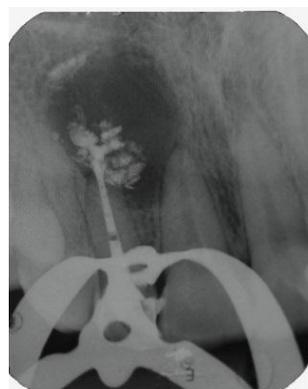


Figura 8. Medicação intracanal extravasada além ápice. 04/04/2014

Após 21 dias, foi realizada uma radiografia periapical onde foi observada reabsorção da medicação intracanal e início da reparação tecidual (figura 9).



Figura 9. Exame radiográfico periapical revela reabsorção da medicação intracanal e início da reparação tecidual na periferia da lesão após a realização da primeira troca de medicação intracanal. 24/04/2014.

Foi seguido sucessivas trocas de medicações intracanal (hidróxido de cálcio, iodofórmio e anestésico) a cada 21 dias, sendo acompanhado radiograficamente. (Figura 10,11,12, 13,14,15,16,17,18,19,20 e 21).



Figura 10. Acompanhamento radiográfico da MIC. 19/05/2014



Figura 11. Radiografia periapical mostrando a segunda troca de medicação que foi realizada após a reabsorção do MIC anterior. 19/05/2014

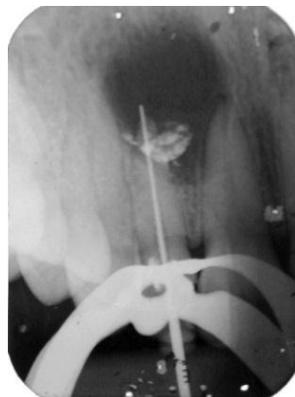


Figura 12. Troca de medicação após 21 dias. 13/06/2014



Figura 13. Extravassamento da medicação além ápice. 25/08/2014



Figura 14. Radiografia periapical com presença de grande área de reparação óssea na região periapical da lesão. 07/11/2014



Figura17. Troca de medicação intra canal.26/02/2015



Figura 15. Troca da medicação intra canal e acompanhamento radiográfico. 28/11/2014



Figura 18. Troca de medicação intra canal 24/03/2015



Figura 16. Troca de medicação intracanal e observa a diminuição da lesão periapical. 05/02/2015



Figura19: Troca de medicação intra canal e acompanhamento da lesão. 14/04/2015



Figura 20. Troca de medicação intra canal 30/04/2015.



Figura 21: Radiografia Final 19/05/2015.

Devido a não regressão total da lesão optou-se por não obturar o canal radicular até que a mesma esteja completamente reparada.

3- Discussão

Segundo Neville; Damm; Allen (2009) o abscesso periapical é definido como um acúmulo de células inflamatórias agudas no ápice de um dente não vital, e que lesões inflamatórias agudas com formação de abscesso podem surgir como uma alteração inicial do periápice, ou de uma exacerbação aguda de uma lesão dentoalveolar inflamatória crônica.

Pode ocorrer tumefação, sensibilidade, mobilidade e/ou deslocamento dental (PEREIRA, 2013).

O caso clínico em questão trata de uma paciente que apresentou

tumefação na região de palato associado à unidade 12, com presença de dor espontânea e de fístula.

Os achados radiográficos podem demonstrar espaçamento do ligamento periodontal apical, imagem radiolúcida muitas vezes mal definida e muitas vezes podem não ser observadas alterações consideráveis devido ao tempo insuficiente para uma destruição óssea significativa (NEVILLE; DAMM; ALLEN, 2009).

Devido ao fato da doença inflamatória periapical não ser estática e os granulomas poderem se transformar em cistos ou abscessos (e vice-versa) sem alterações radiográficas significativas, não é surpreendente que as características radiográficas não sejam suficientes para o diagnóstico (NEVILLE; DAMM; ALLEN, 2009).

Na radiografia periapical da paciente, observa-se grande área radiolúcida unilocular extensa, circular e bem delimitada. É nítido a perda da lâmina dura.

Lopes, Siqueira Jr. (2010) observaram que as radiografias do abscesso periapical se inicia por processo carioso extenso ou presença de restauração profunda, próximo a polpa, associada ou não à carie recidivante.

O achado radiográfico do caso ratifica isso, pois nota-se lesão cariosa extensa na mesial da unidade 12.

De acordo com Giansante Júnior et al (2001) além dos exames complementares com tomadas radiográficas, devemos promover a limpeza dos espaços interdentais e a remoção da lesão cariosa, se ela estiver presente.

Em casos de necrose pulpar e área radiolúcida periapical, visível radiograficamente, caracteriza uma infecção de longa duração, onde as bactérias estão difundidas no sistema de canais radiculares, incluindo as ramificações, túbulos dentinários e cemento apical. A importância do curativo de demora como complemento a ação do preparo biomecânico nesta situações tem sido demonstrada (CANDIDO JÚNIOR, 2012).

O uso de medicação intra-canal auxilia no controle pós-operatório, visto que o preparo mecânico sozinho não alcança todo sistema de canais laterais e

acessórios e também os túbulos dentinários. Existem diversas opções de curativos de demora, como antibióticos associados com corticoides, compostos fenólicos (PMCC) e hidróxido de cálcio (CARVALHO, et al., 2012).

Siqueira Jr. et al (2012) afirmaram que embora uma redução considerável de bactérias da luz do canal principal pode ser obtida pelos efeitos químico-mecânicos da instrumentação e irrigação, os microrganismos podem permanecer viáveis em regiões inacessíveis a estes. Por isso, medicações intracanaís antibacterianas tem maiores chances de atingir áreas não afetadas pela instrumentação do canal, resultando em potencialização da reparação dos tecidos periapicais.

Cruvinel Júnior (2006) afirmou que a medicação a base de hidróxido de cálcio pode ser considerado um excelente medicamento para tratamento das infecções bacterianas, bem como para progressão das inflamações das mais variadas etiologias, sejam elas, infecciosas, traumáticas ou medicamentosas

O hidróxido de cálcio é amplamente utilizado, por conta de sua ação antibacteriana e pela indução de mineralização. Diferentes veículos podem ser associados a ele, como a água destilada, o soro fisiológico, anestésico e o propilenoglicol, com o objetivo de aumentar a velocidade de dissociação iônica de íons cálcio e hidroxila e a difusão nos túbulos dentinários, além de manter alto pH (12,6) e a atuação antimicrobiana efetiva por longos períodos de tempo (MARCHESAN et al., 2008, ESTRELA., 2008).

O hidróxido de cálcio é amplamente utilizado nos tratamentos endodônticos. Por ter um pH alcalino, ele age por contato impedindo a multiplicação microbiana e consequentemente a sua sobrevivência. Além dessa propriedade, também promove uma barreira física no interior dos canais radiculares dificultando ainda mais a multiplicação microbiana. Outra característica, é que ele possui uma ação anti-inflamatória e cria condições favoráveis ao reparo dos

tecidos periapicais (ANJOS NETO, 2004; CARVALHO et al., 2012).

Rozato (2010) salientou que o efeito microbiano da medicação a base de hidróxido de cálcio pode ser indicado para o tratamento de reabsorções externas, para reverter o processo inflamatório e promover a deposição de tecido mineralizado. Além disso, pode ser indicado para casos de apicogênese e apicificação em dentes portadores de rizogênese incompleta.

Anjos Neto (2004), Marchesan et al., (2008) citaram que esta medicação pode ser usada para casos de polpa necrosada e polpa viva, presença de lesões periapicais, perfurações, exsudatos persistentes, casos de traumatismo dentário, visto que esta medicação possui propriedades biocompatíveis com os tecidos orais e atividade mineradora induzido assim a formação de tecido ósseo.

Ide (2009) relatou que a medicação a base de hidróxido de cálcio exerce função antisséptica no interior do canal radicular além da forte liberação de hidroxila promovendo reparação de lesões periapicais.

Para minimizar o processo de desinfecção, pode ser empregada a medicação intracanal, como substâncias a base de hidróxido de cálcio, que apresentam um alto potencial antimicrobiano, é biocompatível e estimula a reparação tecidual pós-tratamento (ANJOS NETO et al., 2005).

Diante do quadro clínico em que a paciente se encontrava com extensa lesão periapical na unidade 12, resolvemos tratá-la, empregando a técnica da renovação do hidróxido de cálcio, proposta por Holland et al. (1978).

Embora poderíamos optar por diversos medicamentos que podem ser aplicadas no interior do canal radicular, optamos empregar o hidróxido de cálcio, devido as suas inúmeras qualidades como bactericida e reparadora (ANJOS NETO, 2004)

A troca dos curativos deve se dar inicialmente em intervalos de tempos pequenos, uma vez que nesse período acontece rápida reabsorção de pasta que promove uma alcalinização inicial do meio (MARCHESAN et al., 2008).

Cruvinel Junior (2006) afirmou que o hidróxido de cálcio se trata de uma medicação que atua por contato direto e seu pico de atuação é de 30 e 60 dias e pode ser mantido por volta dos 90 dias a partir daí seu pico de atuação começa a cair.

Já Guimarães et. al., (2006) relataram que o tempo de uso ideal de curativo de demora com hidróxido de cálcio em dentes com necrose pulpar e reação periapical crônica deve ser de no mínimo, 15 dias, sendo 30 dias considerado o ideal.

Entretanto Lopes e Siqueira Jr (2010), contradiz, relatando que o tempo necessário a medicação de demora a base do hidróxido de cálcio promover uma desinfecção adequada do canal radicular ainda é desconhecida.

O mecanismo de ação do hidróxido de cálcio ocorre por contato, ou seja a medicação precisa entrar em contato direto com os microrganismos para que possa eliminá-los ou inativá-los. A ação antimicrobiana do hidróxido de cálcio depende da dissociação do hidróxido de cálcio em íons cálcio e hidroxila, o que o meio se torne alcalino alterando a ação das enzimas presentes na parede celular bacteriana, que é primordial ao metabolismo celular. (ESTRELA, 2004; LOPES; SIQUEIRA JUNIOR (2010)).

O pH elevado proporcionado pela dissociação dos íons provoca a destruição da membrana celular das bactérias e de sua estrutura proteica interferindo no seu metabolismo e levando à morte (LOPES; SIQUEIRA JR., 2010)

Santos (2014) citou que o sucesso do tratamento centraliza na eliminação dos microrganismos agressores. Se o dente puder ser mantido, a terapia endodôntica deve ser feita.

O tratamento indicado para lesões endodônticas, com ou sem envolvimento do periápice, tem sido o tratamento de canal radicular. Quando apenas este não consegue restabelecer a integridade dos tecidos periapicais, podemos lançar mão das cirurgias parendodônticas (SOUZA, 2013).

Neville; Damm; Allen (2009), e Lopes, Siqueira Junior (2010), concordam que o tratamento de escolha

para o abscesso periapical é o tratamento endodôntico convencional, quando este falhar, deve-se optar pelo retratamento endodôntico antes de se considerar a realização de uma cirurgia parendodôntica.

A cirurgia parendodôntica tem como objetivo promover o isolamento do canal radicular, evitando à contaminação bacteriana nos tecidos apicais e periapicais, estimulando, dessa forma, a cicatrização. Ressalta-se que o procedimento cirúrgico só deve ser instituído a pós o tratamento convencional do conduto radicular ou quando resultar em um prognóstico incerto (GUIMARAES et al., 2006).

O tratamento eleito neste caso foi o tratamento endodôntico a base de trocas de medicações estimulando a regressão da lesão periapical.

O acompanhamento clínico e radiográfico pós operatório deverá ser realizado durante os primeiros doze meses após tratamento para observação de algum insucesso ou alterações não previstas (GUIMARÃES et al., 2006).

Giansante Júnior et al. (2001) relatou que a preservação, ou seja, o acompanhamento do caso tratado, é uma etapa que não pode ser negligenciada, sendo necessário a cooperação por parte do paciente atendendo as chamadas de retorno.

No caso, relatado, o acompanhamento clínico e radiográfico está sendo realizado rotineiramente para que se possa logo após a regressão da lesão obturar o canal radicular empregando-se cimento a base de hidróxido de cálcio.

4- Conclusão

Através da escolha da medicação a base de hidróxido cálcio notou-se uma excelente ação antimicrobiana e reparadora comprovada através do acompanhamento radiográfico, com a regressão da lesão periapical apresentando neoformação óssea da área acometida.

As trocas sucessivas da medicação intra canal a base de hidróxido de cálcio potencializou o tratamento endodôntico e aumentou as chances de regressão da lesão

periapical, minimizando um possível intervenção cirúrgica.

Referências

1. ANJOS NETO, D.A. **Relato de um caso clínico tratado na clínica odontológica da Universidade Tiradentes empregando a técnica da renovação do hidróxido de cálcio em dentes com lesão periapical extensa comprovada radiograficamente.** Aracaju, SE, 2004. 70p. Monografia. Universidade Tiradentes.
2. ANJOS NETO, D. A.; MARION, J. J. C.; BORLINA, S. C.; MURATA, S. S. A influência do hidróxido de cálcio como curativo de demora e do cimento obturador no reparo de lesão periapical crônica extensa. Relato de caso clínico. **Revista Ciências Odontológicas – UNIMAR**, São Paulo, ano 8, n. 8, p. 63-67, 2005.
3. CANDIDO JÚNIOR, W. **Lesão Periapical: Caso Clínico.** Londrina.2012.18p. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Estadual de Londrina.
4. CARVALHO, M.G.P., DOTTO, S.R., BRONDANI, G.C., FILTER, V.P., KIST, P.P. Reparo de uma lesão periapical: Relato de Caso. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line.**, ano 9, n.15, janeiro/junho, 2012.
5. CRUVINEL JÚNIOR, A.R. **Hidróxido de cálcio: Revisão bibliográfica das aplicações clínicas e ações curativas.** Alfenas-MG.2006.6p. Trabalho de conclusão de curso. Faculdade Unifenas.
6. Disponível em: (FOP /UNICAMP: Patologia Periapical 2014) http://www.fop.unicamp.br/ddo/patologia/downloads/db301_un3_Aula28Pat_periap.pdf. Acesso em: 02 de abril de 2015.
7. ESTRELA, C. **Ciência endodôntica.** São Paulo: Artes Médicas, 2004. 2v
8. ESTRELA, C., DECURCIO, D.A., ALENCAR, A.H.G., SYDNEY, G. B.,
9. SILVA, J. A. Efficacy of calcium hydroxide dressing in endodontic infection treatment: a systematic review. Goiânia-GO. **Rev. Odonto Ciênc.** v. 23, n.1, p.82-86, 2008.
10. FREITAS, A.; ROSA, J. E.; SOUZA, I. F. e. **Radiologia odontológica.** 6. ed. São Paulo (SP): Artes Medicas, 2004
11. GIANANTE JÚNIOR, R.; et al. O perfil do tratamento endodôntico realizado nos consultórios particulares do município de Araçatuba-SP. **JBE.**, v.1, n.4, p.38-46, 2001.
12. GUIMARÃES, K. B.; POST, L. K.; BEZERRA, M. F.; ISOLAN, C. P.; HOSNI, E. S. Cirurgia Parendodôntica com Obturação Simultânea dos Canais Radiculares: Relato de Caso Clínico. **Revista de Ciências Médico-Biológica**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 188-194, mai./ago., 2006.
13. HOLLAND, R. et al. **Endodontia.** Araçatuba: UNESP- Faculdade de Odontologia 366p. 1978
14. HOLLAND, R.; SOUZA, V.; NERY, M.J.; BERNABÉ, P.F.E.; OTOBONI FILHO, J.A.; DEZAN JUNIOR, E.; GOMES FILHO, J E.; CINTRA, L.T.A; ARAÚJO, G.S. Tratamento Conservador da Polpa Dentária Exposta ou Inflamada. Apostila de Endodontia da UNESP Araçatuba. P.224-237, 2015. 303 p.
15. IDE, P.T. **Avaliação comparativa do pós operatório em pacientes portadores de lesão periapicais quando da utilização de iodofórmio e hidróxido de cálcio.** São Paulo.2009.15p. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Cruzeiro do Sul.
16. KIRCHHOFF, A. L.; VIAPIANA, R.; RIBEIRO, R. G. Repercussões periapicais em dentes com necrose pulpar. Revisão de literatura. **Revista Gaúcha Odontol.**, Porto Alegre, v.61, n.1. p.469-475, 2013.
17. LEONARDO, M. R.; LEAL, J. M. **Tratamento de Canais Radiculares.** 3ª ed. São Paulo: Panamericana, 1998.

18. LOPES, H. P.; SIQUEIRA JUNIOR, J. F. **Endodontia: Biologia E Técnica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

19. MARCHESAN, M. A., ALFREDO, E., SUFREDINI, A. R., MATOSO, F. B., VANSAN, L. P., SOUZA NETO, M. D. Tratamento de dentes traumatizados com rizogênese incompleta- apicificação. Ribeirão Preto, SP. **RSBO.**, v.5,n.1,2008.

20. NEVILLE, B. W.; DAMM, D. D.; ALLEN, C. M. **Patologia Oral E Maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

21. PEREIRA, R.C. **Tratamento de cisto periapical de grande extensão: Relato de 2 casos**.Piracicaba-SP.2013.33p. Monografia. Faculdade de Odontologia. Universidade de Piracicaba.

22. REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J.J., **Lesões Inflamatórias dos Maxilares Patologia Bucal**. Ed. Guanabara Koogan., cap.13, p. 290-291, 1989a.

23. ROZATTO, J. R.; **Pastas à base de hidróxido de cálcio usadas como medicação intracanal: Revisão de literatura**. Campinas, 2010. 35p. Tese (Graduação). Universidade Estadual de Campinas.

24. SANTOS, R.G.A. **Tratamento Parendodôntico de um Cisto Radicular: Relato de Caso**. Aracaju, SE, 2014. 13p. Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Tiradentes.

25. SIQUEIRA JR, J.F., RÔÇAS, I.N., LOPES, H.P., ALVES,F.R.F., OLIVEIRA, J.C.M., ARMADA, L., PROVENZANO,J.C. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Rev.bras.odontol.**,Rio de Janeiro-RJ, v.69,n.1,p8-14,jan/jun.2012.

26. SOUZA, E. G. **Cirurgia Parendodôntica: Relato de caso**. Aracaju, SE, 2013. 21p. Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Tiradentes.