

REABSORÇÃO RADICULAR INTERNA

A PROPÓSITO DE UM CASO EXTERNO

NUNO BRAZ DE OLIVEIRA

Escola Superior de Medicina-Dentária do Porto / 1986

INTRODUÇÃO

A reabsorção radicular trata-se de um tipo de patologia em que a raiz sofre um processo de reabsorção não fisiológico, contrário às raízes dos dentes decíduos, com perda de substância dura cimento e/ou dentina. Esta reabsorção radicular pode apresentar duas formas distintas, dependentes, pelo menos numa fase inicial de tecidos diferentes, uma a reabsorção radicular externa na dependência do periodonto e a outra interna na dependência da polpa. Enquanto na primeira podemos falar mais numa relação causa-efeito, como nos sugerem a maior parte dos casos apresentados, em que existe quase sempre um agente etiológico responsável pela reabsorção como: traumatismos, lesões (granulomas, quistos), forças ortodônticas, dentes impactados, etc., no 2.º tipo de reabsorção apenas sabemos que é a polpa a responsável pois esta uma vez removida faz cessar o processo.

Mas o que é então uma reabsorção radicular interna? Trata-se de uma reabsorção de dentina produzida pelos odontoclastos, dentinoclastos, com gradual invasão pulpar da área reabsorvida (3). Ela inicia-se na imagem radiográfica, como um aumento do espaço ocupado pela polpa a uma de-

terminada altura variável da câmara pulpar ou canal radicular (4). O seu achado é casual aquando de exames radiográficos de rotina, ou se investigam radiologicamente dentes vizinhos aos que aparecem com esta patologia. Também pode ser diagnosticada quando se localiza na câmara pulpar e já possui uma extensão tal que através da translucidez do esmalte é possível visualizar a polpa, aparecendo na corôa uma imagem de mancha rósea, descrita pela primeira vez como «pink spot» (3).

Ela parece ser mais prevalente do que anteriormente se pensava, isto resultado das triagens que hoje se praticam com exames de rotina como a ortopantomografia, com o seu indiscutível interesse. A maior frequência aparece nos incisivos superiores podendo aparecer em qualquer dente, tendo sido relatado comprometimento dentário múltiplo (1).

Embora não havendo certezas quanto à etiologia ou condição sistémica associada, o traumatismo tem sido frequentemente sugerido como uma possibilidade, tendo sido relatadas Reabsorções Radiculares Internas após pulpotomias com hidróxido de cálcio, recessões radiculares, talhadas para dentisteria Operatória ou prótese Fina, ortodontia, etc. Também factores irritativos como obturações

com compósito, silicato ou amalgama, próteses removíveis e hábitos têm sido apontados como possíveis agentes etiológicos.

Parece pois ser um estado inflamatório crônico da polpa que estimulará as células de reserva indiferenciadas pluripotenciais, a transformarem-se em dentinoclastos capazes de se instalarem nas paredes da cavidade pulpar e aí formarem lacunas de reabsorção de dentina semelhantes às que observamos no osso em reabsorção com alterações histoquímicas similares e presença de enzimas com fosfatase ácida e B-glicorunidase. A favor disto será o maior número de casos encontrados em jovens cujo potencial e número das células de reserva é maior respondendo de uma forma reactiva aos estímulos agressores. Tendo já falado do diagnóstico causal e tardio desta patologia convém salientar a importância do diagnóstico diferencial entre a reabsorção interna e externa condicionando atitudes clínico-terapêuticas diferentes.

São necessárias várias radiografias, tiradas de ângulos horizontais diferentes, para podermos avaliar a perda de substância dentária. Deveremos usar um mínimo de Rx possíveis mas um máximo de Rx necessários em Endodontia (2). Na reabsorção interna que pode ser simétrica ou assimétrica aparece-nos a imagem do canal radicular alargado numa parte, com a forma típica de uma ampola ou balão de bordos regulares e arredondados na R. Simétrica e de uma forma irregular na assimétrica. Se os bordos da lesão são irregulares e no interior da mesma se apreciam com distinta radiopacidade as paredes do canal poderemos então pensar numa reabsorção cimento-dentinária externa que não chegou à polpa em numa combinação de ambas.

A sintomatologia da R. R. I. é de aparecimento tardio quando a lesão já perfurou a raiz chegando ao peridonto, com necrose da polpa e dor, ou quando é situada na câmara e dá uma coloração rósea à côroa já citada (1, 2, 4).

Quanto ao tratamento deste tipo de lesões poderíamos dividi-lo em cirúrgico ou não cirúrgico (1). O primeiro será reservado para as reabsorções do terço apical com apicectomia, uma radioectomia em dentes polirradiculares ou uma amalgama se o defeito for acessível cirurgicamente. O tratamento não cirúrgico consistirá no Tratamento Endodôntico Radical (T. E. R.) o mais rapidamente possível estando contra-indicada a vigilância periódica destas lesões pois poderíamos cair numa situação de negligência supervisionada. O sucesso do tratamento depende da extensão do defeito e da presença ou ausência de perfuração.

Neste caso começa-se por fazer uma biopulpectomia total com tratamento sucessivos do canal com pasta de hidróxido de cálcio intervalos de 1 a 2 semanas até se conseguir uma necrose do remanescente pulpar correspondente ao defeito e uma boa antisepsia do canal. Se eventualmente se suspeitar de perfuração tem tido crescente importância a utilização de uma mistura de hidróxido de cálcio com paramonoclofenol canforado (2).

Após estas sessões e quando pensamos estar em presença de um canal asséptico procedemos à obtenção final do canal. O nosso sucesso dependerá não só do encerramento apical como também do preenchimento do vazio (1). Para isso deverá ser usada Guta-percha numa técnica de condensação lateral para fecho apical seguida de obturação do defeito com amalgama de Prata, Encapercho ou Guta-percha aquecida.

Importante numa fase posterior reforçar o dente com um pino cimentado ou com um falso coto fundido.

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma jovem de 15 anos apareceu para tratamento dentário tendo-lhe sido feita uma ortopantomografia. A doente já tinha efectuado extracções e tratamentos dentários múltiplos. Usava uma prótese removível acrílica para substituir 22 e 26 que haviam sido extraídos. À pergunta do motivo porque havia extraído o 22 a doente disse que o dente estava destruído por dentro não tendo o médico tido outra alternativa.

Na ortopantomografia em 12 e 37 ao nível do canal radicular via-se uma imagem radiolúcida alargada sugerindo uma reabsorção radicular interna a do 12 simétrica com a forma de um coração invertido, e a no 37 assimétrica. Foram feitas em seguida radiografias periapicais, com um aparelho de cone curto, para confirmar o diagnóstico, parecendo no 12 (Fig. 1 e 2) não haver comprometimento periodontal.

A doente e o familiar que a acompanhava foram logo advertidos da possível perda do 12, mas de que iria ser feito o possível para o salvar. Assim procedendo-se logo a uma biopulpectomia.

Iniciou-se por fazer testes de vitalidade ao frio e ao quente, aos quais o dente respondia positivamente mas com menor intensidade do que 13, 14 e 15.

Depois preparou-se o dente com prévia tartarectomia seguida de polimento com pasta e escova. Anestesiou-se utilizando uma técnica infiltrativa supra-periosseo por vestibular. Após a anestesia procedeu-se ao isolamento do dente com dique de borracha. Por dificuldade de colocar

um grampo em 12 colocaram-se grampos em 14 e 24 estendendo assim o isolamento a mais dentes; de seguida desinfecção do campo com álcool iodado a 3% e execução da cavidade de acesso. Não existia polpa camaral dando ideia de necrose sem cheiro, mas ao nível do colo a polpa era de consistência firme e muito sangrante. Fez-se a exploração do canal com uma lima K n.º 10 com 18 mm (o comprimento radiológico era de 21 mm). Quando o top chegou ao bordo inicial fez-se uma radiografia para a odontometria (Fig. 3). Nessa radiografia a ponta da lima ficou a 3 mm do apex e como pretendíamos que a nossa instrumentação fosse até 1 mm do apex acrescentou-se 2 mm à lima obtendo como medida do comprimento de trabalho 20 mm. Fez-se então a pulpectomia e iniciou-se a preparação biomecânica do canal. Aqui tirou-se uma radiografia com uma lima no canal com 20 mm para confirmar o comprimento de trabalho (Fig. 4). O terço apical instrumentou-se até à lima n.º 60 (fig. 5) alargando a parte coronária à lesão com uma broca de Peeso.

Entre cada lima usada fazia-se a irrigação do canal com anestubos de hipoclorito de Sódio a 1%, um anestubo por cada lima alternando com anestubos de Água oxigenada a 10V na sequência de 5 para 1. Após secar o canal foi colocado Reogan Rapid seguido de bola de algodão estéril e I. R. M.

Este esquema foi repetido durante três sessões não com a intenção de preparar bio-mecanicamente o canal mas com o propósito de irrigar o canal e o defeito para remover os restos necróticos. Para auxiliar a irrigação foi limada e dobrada nos dois mm finais uma agulha de anestesia.

Na sessão final de obturação do dente os passos foram iguais até à

secagem do canal tendo sido usados cones de papel normalizadas, médios e grossos.

Quando o canal estava sem humidade fez-se a conometria tendo na radiografia (fig. 7) o cone ficado justa-apical mas bem travado. Cortou-se então um mm ao cone e iniciou-se a obturação. Colocou-se hidróxido de Cálcio justa-apical e envolveu-se o cone principal em cimento (Endomestasona + Cavit) colocando-o «in situ». Usou-se a técnica da condensação lateral com introdução de 3 novos cones n.º 25. Quando deu a sensação de que já não era possível introduzir mais cones que haviam sido introduzidos, na embucadura do canal e com o mesmo instrumento iam-se comprimindo os cones no sentido vertical para a zona do defeito. Usaram-se ainda para auxiliar esta manobra um condensador de Amalgama de Prata e um condensador vertical de Guta. Depois de condensar estes cones foram introduzidos cones n.º 100 e seguida a técnica até aí empregue de os aquecer e condensar. Quando se pensou já estar obturado o defeito fez-se uma radiografia (Fig. 8). Como ainda não estivesse preenchido o defeito começou-se uma técnica alternativa de condensação lateral. Assim enquanto anteriormente a obturação se encontrava a um mm do apex, na radiografia final (Fig. 8 e 9) já se encontra justa-apical e o preenchimento mais uniforme. Obturou-se a cavidade de acesso com Cavit.

DISCUSSÃO

Pretendeu-se na descrição deste caso e na abordagem a ela feita mostrar que devemos tentar sempre sal-

var os dentes quando estes o merecerem e o nosso senso clínico o ditar. Não quer dizer que neste dente isso se passe. Só a preservação o dirá. Mas a tentativa aqui está. Dificuldades? As houve. Começaram logo na estirpação da polpa. Parte encontrava-se no recesso onde não nos era possível chegar com as limas. Poderíamos usar escavadores de endodontia de haste longa mas arriscávamos uma perfuração lateraliatrogénica. Assim a inactivação destes restos pulparez foi feita pelo hidróxido de cálcio e posteriores irrigações com hipoclorito de sódio a 1%.

Também a preparação bio-mecânica nos pôs problemas pelo risco de fractura radicular. Por fim tínhamos um canal com uma cavidade que tínhamos de obturar hermeticamente para alcançarmos sucesso no nosso tratamento. Optou-se na obturação, como a descrição do caso mostra por uma técnica de condensação lateral para encerramento apical seguida de uma técnica de condensação vertical terminando novamente com a condensação lateral. Pelos resultados obtidos parece esta técnica merecer continuidade na obturação de canais com este tipo de patologia.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Cohen, S., Burns, R.C., Caminhos da Polpa. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982: 419-442.
- 2 — Langeland, K. Comunicação pessoal.
- 3 — Lasala, A. Endodontia. Barcelona: Salvat ed. 1979: 75-81.
- 4 — Grossman, L.I. Endodontic Practice. Philadelphia: 8th ed. 1974: 56-61.

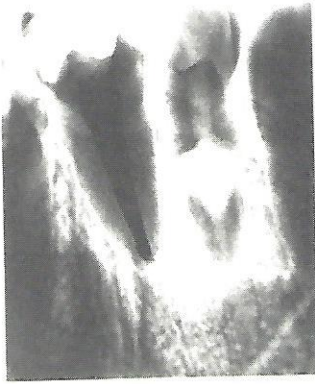


Fig. 1

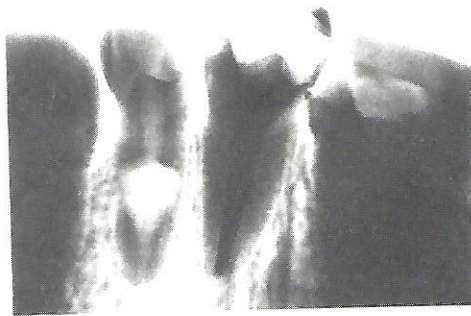


Fig. 2



Fig. 3

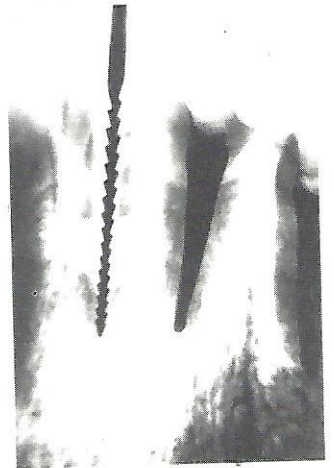


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

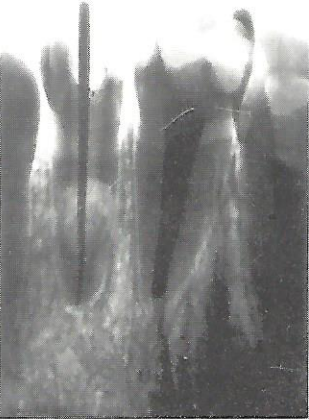


Fig. 7



Fig. 8

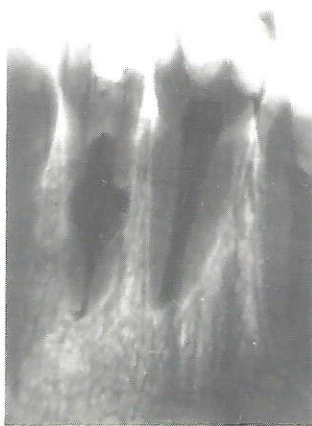


Fig. 9