

## INFECÇÃO CRÔNICA (1) NUM INCISIVO LATERAL SUPERIOR, ASSOCIADA COM UM SULCO DE DESENVOLVIMENTO TRATADO COM SUCESSO ATRAVÉS DE TERAPÊUTICA CONJUNTA ENDO-PERIODONTAL

Robert K. Davis\*, César Mexia de Almeida\*\*

### RESUMO

*Os autores apresentam um caso de tratamento com sucesso de uma infecção endo-periodontal crônica originada por um sulco de desenvolvimento num incisivo lateral superior.*

### INTRODUÇÃO

O incisivo lateral superior está frequentemente associado a anomalias do desenvolvimento dos dentes, as quais abrangendo a superfície palatina podem estender-se até ao apex do dente: "dens in dente", invaginação, cúspide em garra e até raízes supranumerárias anómalas. Nestes casos, uma bolsa periodon-

tal palatina pode estar presente, associada ou não a necrose pulpar do referido dente (1). Felizmente, a lesão periodontal concomitante pode ser geralmente tratada. Idealmente, então, as duas lesões deveriam ser tratadas simultaneamente, para que aumentassem consideravelmente as hipóteses de sucesso terapêutico (2).

Os sulcos coronais com desenvolvimento anômalo são responsáveis por um número substancial de necroses pulpares, provocadas por invasão bacteriana. Tanto no caso do "dens in dente", como no "dens invaginatus", a causa de pulpopatia e eventual necrose é exactamente a mesma: invasão bacteriana da polpa, através de um canal anômalo de desenvolvimento, o qual se estende de uma solução de continuidade do esmalte até ao tecido pulpar. A maioria desses canais desenvolvem-se nos incisivos superiores e podem cons-

\* Prof. Catedrático Depart. Periodontia ESMDL

\*\* Prof. Associado Depart. Endodontia ESMDL

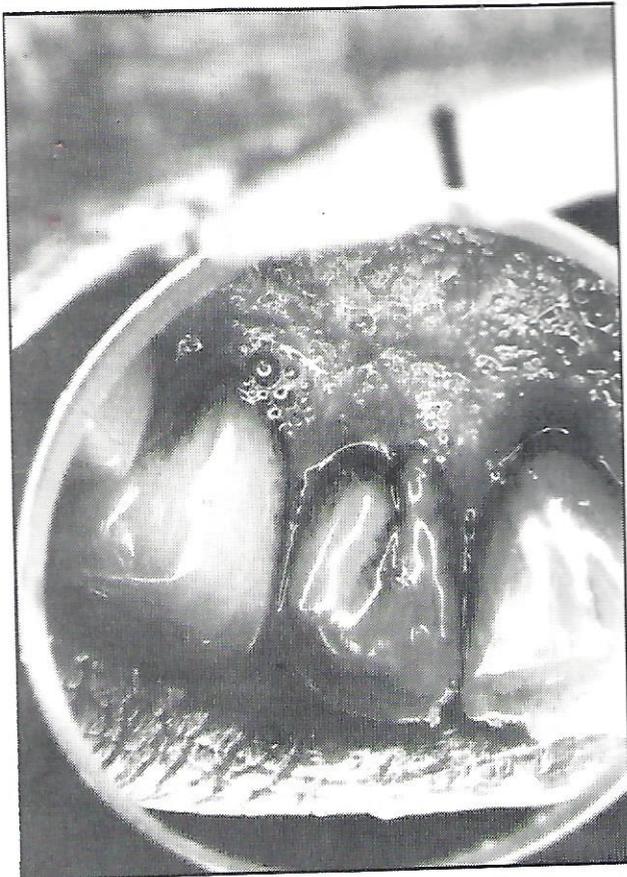


Fig. 1 — Fotografia do sulco de desenvolvimento, na área do cingulum do incisivo lateral superior direito.

tituir-se desde indeléveis fossetas palatinas até canais anómalos evidentes e bem desenvolvidos (3). No caso do sulco de desenvolvimento o comprometimento pulpar estabelece-se, frequentemente, através de um canal lateral que coloca o sulco em comunicação com o canal radicular principal. A bolsa periodontal adjacente ao sulco de desenvolvimento pode desta forma comunicar com a polpa, através do canal pulpar lateral.

Os sulcos palatinos de desenvolvimento, que aparecem principalmente nas raízes dos incisivos superiores, podem causar destruição óssea e o desenvolvimento de lesões periodontais localizadas (4, 5, 6). O epitélio juncional na região do referido sulco de desenvolvimento,

tem, na melhor das hipóteses, uma conexão muito frágil com o esmalte que cobre o sulco.

## CASO CLÍNICO

Doente do sexo feminino, 37 anos, raça caucasiana, foi-nos enviada para um exame periodontal, pelo facto de ter um abscesso recidivante na gengiva vestibular adjacente ao incisivo lateral superior direito. O exame periodontal revelou a presença de uma bolsa de 10 mm no ângulo disto-palatino do referido dente. Era evidente um profundo sulco, es-

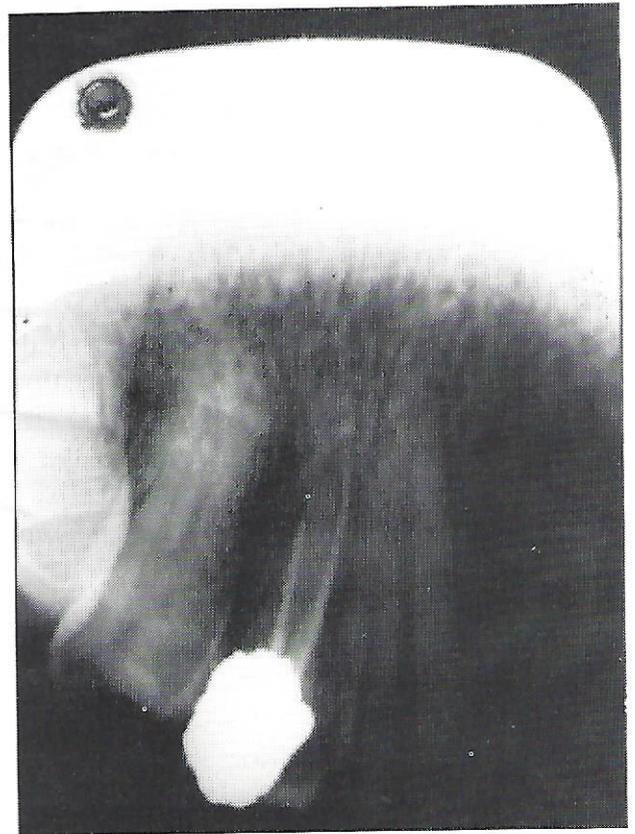


Fig. 2 — Radiografia pré-operatória (03/07/85), mostrando uma radiotransparência periapical no ápex do incisivo lateral sup. direito e uma área de radiotransparência bem delimitada, em posição distal à sua raiz.

tendendo-se desde o cingulum, em direcção apical, ao longo do percurso da bolsa. As arcadas dentárias estavam completas, com excepção dos oitavos. Com a sondagem periodontal em todas as outras zonas verificamos uma profundidade de 1-3 mm. Embora no lado vestibular a profundidade do sulco fosse normal, observava-se neste mesmo lado uma fístula crónica na gengiva aderente, a cerca de 5 mm da margem gengival, entre o incisivo lateral e o canino superiores direitos.

A radiografia periapical revelou-nos uma zona de radiotransparência periapical bem circunscrita, no ápex do referido dente, e outra área também bem delimitada, em posição distal à sua raiz, a meia distância entre o ápex e a coroa. Embora a vitalidade pulpar não tivesse sido verificada nesta altura, a paciente foi enviada a uma consulta de endodontia, em virtude da possibilidade de se verificar também patologia pulpar.

As observações efectuadas tendo em vista o diagnóstico da vitalidade pulpar incluíram testes térmico e eléctrico e análise da imagem radiográfica tendo conduzido à conclusão de que se verificara uma necrose pulpar aliás posteriormente confirmada após a abertura coronária e exploração inicial do canal executadas sem anestesia local.

Foi efectuado tratamento endodóntico em 11/06/85. Após abertura coronária por via palatina foi efectuado alargamento dos dois terços coronários do canal com brocas de Gates-Glidden de diâmetro sucessivamente crescente (2, 3, 4 e 5). O terço apical foi desbridado e alargado segundo a técnica telescópica com limas tipo K (lima inicial n.º 10, lima apical principal n.º 25). Irrigação efectuada com solução de hipoclorito de sódio a 0,48 por cento (soluto de Dakin). O canal foi então preenchido com hidróxido de cálcio como medicação temporária tendo-se verificado ao oitavo dia que o orifício exterior do trajecto do canal fistuloso se encontrava encerrado.

Cerca de dois meses depois verificou-se reabertura da fistula e concomitante aparecimento de exsudado sero-purulento. Foi então decidido efectuar a obturação definitiva do canal a qual foi concretizada segundo a técnica de condensação latero-vertical com gutta-percha e cimento (AH26). Esta condensação revelou a presença de um canal lateral abrindo-se exactamente no centro da radiotransparência lateral e distal anteriormente referida.

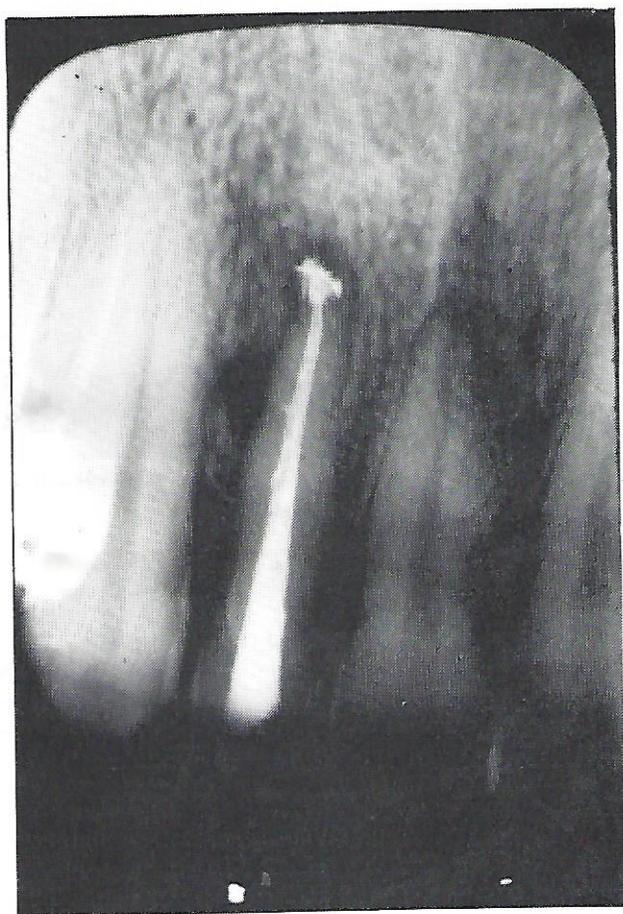


Fig. 3 — Radiografia imediatamente após a conclusão do tratamento endodóntico. (13/07/85).

O tratamento definitivo não resolveu a exsudação na área fistulosa. Deste modo, a paciente foi reenviada para tratamento periodontal.



Fig. 4 — Radiografia pós-operatória (5 meses), depois do tratamento periodontal (03/12/86).

### TRATAMENTO PERIODONTAL

Efectuada cirurgia periodontal no sextante antero-superior, após anestesia local lidocaína a 2% com 1:50.000 de epinefrina. Exposição cirúrgica mediante retalhos mucoperiósteos, de espessura total nas zonas vestibular e palatina. Verificou-se a presença de uma fenestração óssea, na cortical vestibular, na zona adjacente à superfície distal da raiz do incisivo lateral.

Todo o tecido de granulação foi cuidadosamente removido com curetas periodontais. Os retalhos foram reposicionados e suturados com seda, em sutura contínua, simples, contornando os dentes.

A paciente foi medicada com 250 mg de tetraciclina, de 6/6 horas, durante 7 dias. Foi-lhes também prescrito um analgésico, prevenindo uma possível dor pós-operatória. A paciente foi reobservada 7 dias depois sendo a sutura e o penso periodontal removidos e marcou-se uma consulta para manutenção pós-operatória para 3 meses após a intervenção.

As consultas subsequentes de controlo em periodontia e endodontia, revelaram-nos um desaparecimento da antiga área de radiotransparência adjacente à superfície distal da raiz e da área periapical do incisivo lateral superior direito. A sondagem do ângulo disto-palatino, deu-nos um sulco saudável com 3 mm de profundidade.

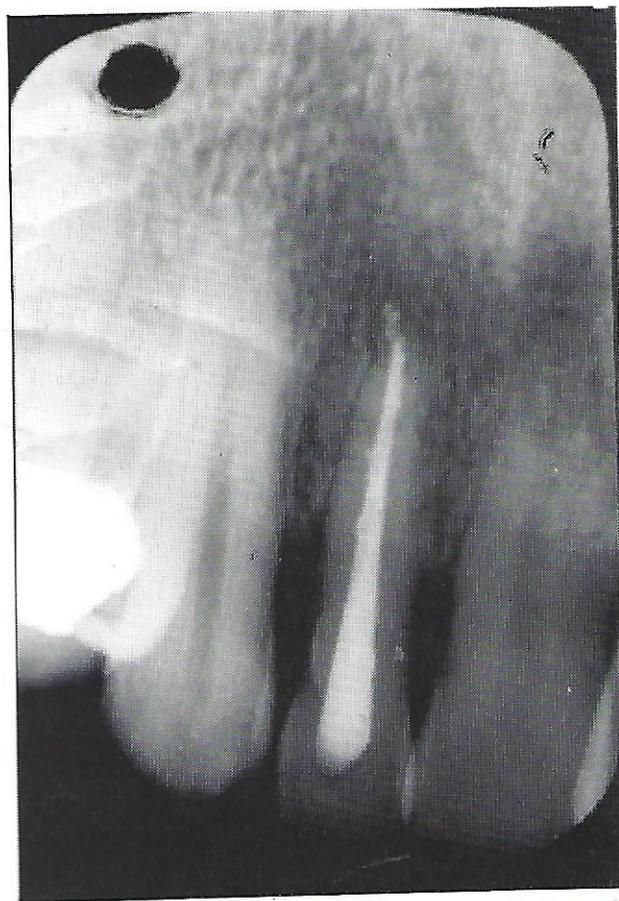


Fig. 5 — Radiografia pós-operatória, nove meses após o tratamento (16/09/87).

## DISCUSSÃO

Pensamos que se trata de uma situação em que um sulco profundo de desenvolvimento, teria sido responsável pela invasão bacteriana do ligamento periodontal e posteriormente da polpa do incisivo lateral superior direito. Consequentemente ter-se-á desenvolvido uma pulpopatia e uma lesão periodontal severa.

Na maioria parte dos casos, esta combinação de patologias, resulta na perda da peça dentária envolvida, já que a terapêutica é manifestadamente mal sucedida. Em relação a este caso, há várias questões que se podem colocar as quais acompanhamos das respostas que consideramos possíveis:

1. Porque é que se desenvolveu uma necrose pulpar?
  - Porque se teria verificado uma contaminação bacteriana da polpa muito provavelmente através do canal lateral.
2. Porque é que a fístula desapareceu logo após a obturação temporária do canal?
  - Devido ao efeito bactericida do hidróxido de cálcio.



Fig. 6 — Radiografia pós-operatória, dois anos depois (17/12/87).



Fig. 7 — Aspecto clínico do incisivo lateral superior direito

3. Porque é que a fístula recidivou dois meses depois?

— A reabsorção gradual do hidróxido de cálcio teria permitido a reactivação da multiplicação bacteriana dentro do canal a partir da bolsa periodontal.

4. Porquê o sucesso terapêutico, depois da cirurgia periodontal?

— A cirurgia permitiu uma nova reinserção ligamentar ou selagem epiletial após eliminação do conteúdo septico da bolsa exposta mediante o retalho palatino daí a eliminação da bolsa e do exsudado.

## CONCLUSÃO

Foi possível prevenir a perda de um dente estratégico, num paciente com toda a restante dentição saudável, mediante tratamento endodóntico e periodontal conjugados.

Um diagnóstico precoce e preciso, com compreensão das etiologia e patologia envolvidas, seguidos de tratamento adequado, podem auxiliar a conservar um dente afectado

por este problema. Admitimos que a razão fundamental do bom resultado imediato obtido tenha sido uma consequência de ter sido possível obter pelo menos no curto prazo uma reinserção ligamentar mesmo no sulco de desenvolvimento mediante cirurgia periodontal correcta após tratamento endodóntico que teria eliminado a fonte secundária de reinfecção da bolsa periodontal.

## Bibliografia

- 1 — INGLE, J. I. — Endodontics. 3rd ed., Philadelphia: Lea and Febiger, 1985, pag. 41.
- 2 — SIMON, G. H., GLICK, D.H. and FRANK, A. L. — The relationship of endodontic-periodontic lesions. J. Periodontol. 43: 202, 1982.
- 3 — INGLE, J. L. — Endodontics: 3rd ed: Philadelphia: Lea and Febiger, 1985, pag. 349.
- 4 — EVERITT, F. G. and KRAMER, G. M. — The disto-lingual groove in the maxillary lateral incisor, a periodontal hazard. J. Periodontol., 43: 352, 1972.
- 5 — LEE, L. W., E. C., and POON, K. Y. — Palato-gingival grooves in maxillary incisors. Br. Dent. J. 24: 14, 1968.
- 6 — SIMON, J. H., GLICK, D. H. and FRANK A. L. — Predictable endodontic and periodontic failures as a result of radicular anomalies. Oral Surg., 31: 823, 1971.