



**FAPAC – FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS
INSTITUTO TOCANTINENSE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS PORTO LTDA.**

KELLY LUANA ALVES BARROS

RENATTA MORGANNA RODRIGUES OLIVEIRA

**CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA O TRATAMENTO DE LESÃO
INFLAMATÓRIA PERIAPICAL EXTENSA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

PORTO NACIONAL – TO

2017

KELLY LUANA ALVES BARROS

RENATTA MORGANNA RODRIGUES OLIVEIRA

**CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA O TRATAMENTO DE LESÃO
INFLAMATÓRIA PERIAPICAL EXTENSA: RELATO DE CASO
CLÍNICO**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto – ITPAC PORTO NACIONAL, como Requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Felipe Cavalcanti Sampaio

Co-Orientador: Prof. Me. Wagner Souza Lima Luz

PORTO NACIONAL – TO

2017

CIRURGIA PARENDODÔNTICA PARA O TRATAMENTO DE LESÃO INFLAMATÓRIA PERIAPICAL EXTENSA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos Porto Ltda. Como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Odontologia, junto à Faculdade de Odontologia.

Monografia apresentada e defendida em ____/____/____ pela banca examinadora, constituída pelos professores:

Prof. Dr. Felipe Cavalcanti Sampaio
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos Porto

Prof. Me. Wagner Souza Lima Luz
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos Porto

Prof. Dr. Eduardo Fernandes Marques
Inst. Toc. Presidente Antônio Carlos Porto

RESUMO

INTRODUÇÃO: A cirurgia parendodôntica é considerada uma excelente opção para manutenção de dentes com lesões apicais crônicas, principalmente quando não se teve resolução diante do tratamento endodôntico convencional. Presença contínua de lesões radiculares, sintomatologia e exsudato persistentes são indicações para a cirurgia parendodôntica. **RELATO DO CASO:** Este relato descreve um caso clínico de uma lesão inflamatória extensa na região anterior da maxila, em uma paciente de 22 anos, atendida na Clínica Odontológica do ITPAC – Porto Nacional. Após o diagnóstico obtido através de exames clínicos e radiográficos, o plano de tratamento proposto consistiu na remoção cirúrgica da lesão, apicectomia dos dentes envolvidos, tratamento endodôntico do dente 21 e retroobturação com MTA. **RESULTADO:** O caso segue em acompanhamento clínico e imaginológico há 9 meses apresentando um resultado satisfatório; a área da lesão foi reduzida, sem sinais de recidiva. **CONCLUSÃO:** A cirurgia parendodôntica se mostrou uma alternativa viável ao tratamento desta lesão inflamatória periapical extensa.

Palavras-chave: Odontologia. Endodontia. Cirurgia Bucal. Apicectomia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Parendodontic surgery is considered an excellent option for the maintenance of teeth with chronic apical lesions, especially when the conventional endodontic treatment has not been resolved. Continuous presence of root lesions, persistent symptomatology and exudate are indications for parendodontic surgery. **CASE REPORT:** This report describes a clinical case of an extensive inflammatory lesion in the anterior region of the maxilla, in a 22 - year - old patient, treated at the ITPAC - Porto Nacional Dental Clinic. After the diagnosis obtained through clinical and radiographic examinations, the proposed treatment plan consisted of surgical removal of the lesion, apicoectomy of the involved teeth, endodontic treatment of the tooth 21 and retrofilling with MTA. **RESULTS:** The case was followed up in clinical and imaging for 9 months, presenting a satisfactory result; the lesion area was reduced, with no signs of relapse. **CONCLUSION:** Parendodontic surgery proved to be a viable alternative to the treatment of this extensive periapical inflammatory lesion.

Keywords: Dentistry; Endodontics; Oral Surgery; Apicectomy.

1 INTRODUÇÃO

As reações inflamatórias desenvolvidas na região periapical dos dentes são geradas por consequência de agentes agressores, como a cárie (fator biológico) ou por um traumatismo (fator físico), ocasionando alterações pulpares e/ou periapicais. Estas agressões podem gerar necrose pulpar e a contaminação por microrganismos no canal radicular, resultando no desenvolvimento de lesões periapicais (MORAES e RODRIGUES, 2011; SILVA et al., 2014; JUNQUEIRA et al., 2011).

As lesões inflamatórias periapicais geradas em resposta à irritação de origem microbiana podem se apresentar sob a forma de granuloma ou cisto periapical. Estas representam as lesões intraósseas mais frequentes nos maxilares. Clinicamente, após o avanço para processo crônico, apresentam-se assintomáticas e não respondem ao teste de vitalidade, sendo, muitas vezes, descobertas durante exames radiográficos de rotina (AZAMBUJA et al., 2006; LEONARDI et al., 2011; DANTAS et al., 2014).

O estudo radiográfico dos processos inflamatórios deve ser analisado minuciosamente quanto à forma, contorno e localização. Entretanto, o diagnóstico diferencial entre cisto e granuloma é complexo por exames imaginológicos, pois suas características radiográficas são semelhantes, sendo necessária a biópsia e o exame histopatológico para a confirmação do mesmo. Contudo, isso não interfere no tratamento local dessas lesões de origem inflamatória (BASSETTO, 2010; LEONARDI et al, 2011).

A terapêutica adequada para essas lesões, tanto para os granulomas quanto para os cistos periapicais, é a sanificação dos canais radiculares. A remoção da causa geradora do processo inflamatório influi na involução da patologia. Contudo, o sucesso por meio da terapia endodôntica convencional pode não ser obtido. A anatomia endodôntica é complexa e pode estar envolvida com a manutenção de microrganismos no sistema de canais radiculares, assim como dificuldades técnicas e acidentes durante a realização do tratamento, como: inacessibilidade aos microrganismos extrarradiculares, sobreinstrumentação, extravasamento de substâncias químicas e material obturador, como também patologias sistêmicas do

paciente (ORSO e SANT'ANA FILHO, 2006; PINTO et al., 2011; PAVELSKI et al., 2016).

A primeira alternativa em caso de insucesso do tratamento endodôntico é o retratamento endodôntico, com o objetivo de eliminar as causas de manutenção do processo inflamatório periapical. Se mesmo assim não forem obtidas condições favoráveis ao reparo periapical, a intervenção cirúrgica desponta como opção complementar (AZAMBUJA et al., 2006; LODI et al., 2008; DANTAS et al., 2014).

São indicações para a cirurgia parendodôntica: patologias na região periapical que não foram solucionadas pelo tratamento endodôntico convencional, lesões que foram desenvolvidas durante a realização do procedimento ou até mesmo que não passaram por terapia endodôntica, dependendo das características clínicas e radiográficas da patologia (AZAMBUJA et al., 2006; BASSETTO, 2010).

A cirurgia parendodôntica é considerada uma excelente opção para manutenção de dentes acometidos por lesões apicais crônicas. A mesma remove o tecido patológico periapical, dando condições para que a reparação tecidual aconteça, preservando assim o dente (AZAMBUJA et al., 2006; SILVA et al., 2014).

O planejamento ideal para a cirurgia parendodôntica demanda alguns fatores essenciais para o diagnóstico e manobra cirúrgica da lesão. Os exames complementares são indispensáveis à qualidade de informações necessárias para a remoção da lesão, como: o tamanho e extensão, a sua relação com estruturas anatômicas próximas, bem como o estado de comprometimento ósseo (JUNQUEIRA et al., 2011).

A tomografia computadorizada de feixe cônico é o exame de imagem ideal para um adequado planejamento cirúrgico para cirurgias parendodônticas, pois permite a visualização detalhada da lesão, dos ápices radiculares envolvidos e de toda região acometida. Este exame permite uma visualização tridimensional e mais precisa, elevando os índices de sucesso do tratamento proposto (JUNQUEIRA et al., 2011; PINTO et al., 2011).

É importante relatar casos de lesões inflamatórias tratadas por meio de cirurgia parendodôntica, pois, como uma opção de tratamento conservadora em relação à exodontia, exige do profissional ter o conhecimento sobre as

características gerais dessas patologias com a finalidade de identificá-las e definir a melhor condição de tratamento.

Dessa forma, o objetivo do trabalho foi relatar um caso clínico de uma lesão inflamatória extensa na maxila, tratada por meio da cirurgia parendodôntica.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

A paciente de 22 anos, feoderma, gênero feminino, compareceu à clínica odontológica do curso de Odontologia do Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos – ITPAC (Porto Nacional – TO), se queixando de aumento volumétrico na região do palato duro, referia não sentir dor espontânea, mas relatou incômodo ao realizar pressão com a língua.

Ao exame clínico intrabucal, constatou-se a presença de tumefação no palato, na região das rugosidades palatinas, com coloração normal da mucosa. A radiografia periapical da região evidenciou uma imagem radiolúcida de contorno definido, com halo radiopaco, medindo 20 x 17 mm, em formato semelhante a um coração, circundando o ápice dos dentes 11, 12, 21 e 22 e tratamento endodôntico prévio dos dentes 11 e 12 (Figura 1).

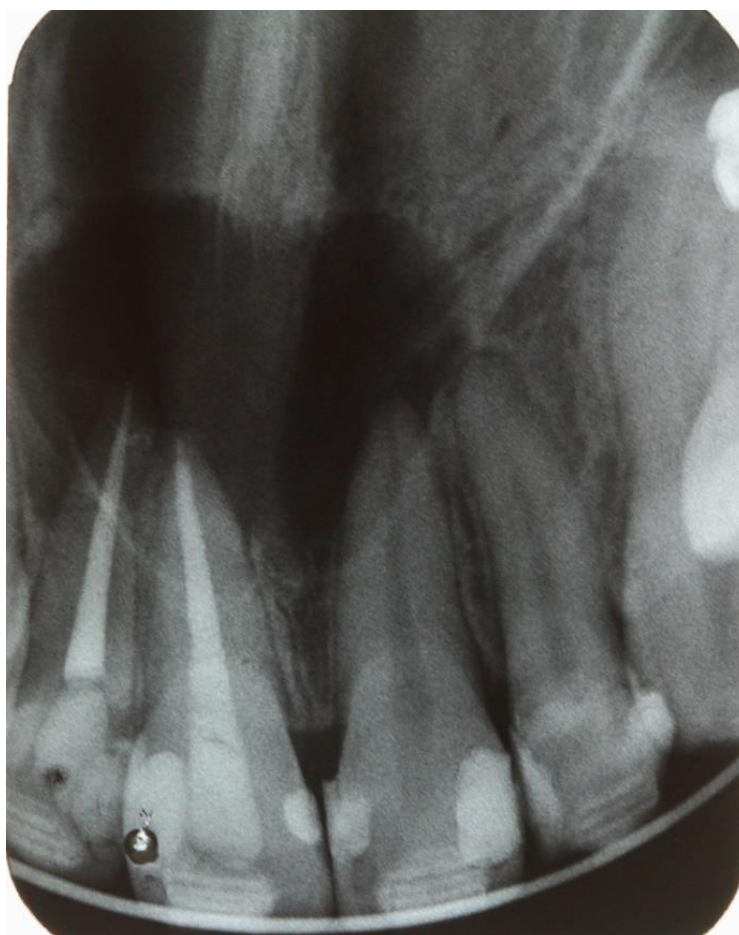


FIGURA 1 – Aspecto radiográfico da lesão, pode-se observar sua delimitação.

Em seguida, o teste de vitalidade pulpar foi realizado nos dentes 21 e 22, sendo que apenas o dente 21 respondeu negativamente, confirmando assim necrose pulpar.

Após exame clínico, a paciente foi encaminhada para realizar exame de tomografia computadorizada de feixe cônico. O exame revelou uma imagem hipodensa dentro da região maxilar anterior com ruptura do tecido cortical vestibular e palatino (Figura 2).

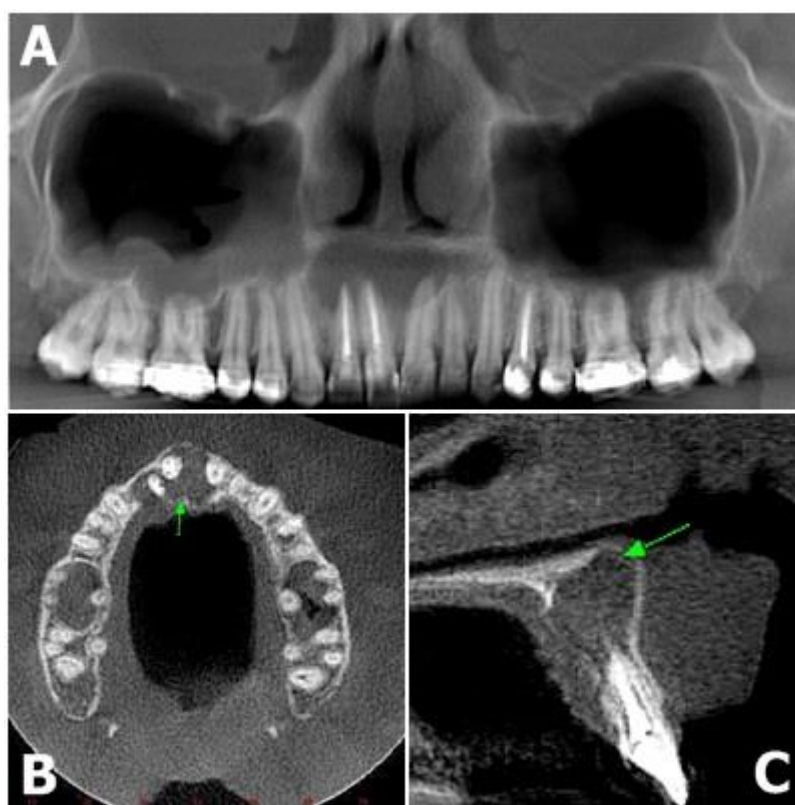


FIGURA 2 – A. Visão panorâmica da lesão, na qual pode se observar sua extensão envolvendo os dentes 11, 12 e 21. **B.** Corte axial e **C.** Corte sagital, apresentando o rompimento das corticais ósseas, de acordo com o relato.

Diante do exposto e de acordo com as características clínicas e radiográficas, foi sugerida a hipótese diagnóstica de cisto periapical, com diagnóstico diferencial de granuloma inflamatório periapical. A abordagem terapêutica indicada foi a cirurgia parendodôntica para a remoção da lesão, tratamento endodôntico do dente 21, apicectomia e selamento apical de todos os dentes envolvidos: 11, 12 e 21.

A paciente recebeu como protocolo pré-operatório, a administração via oral: 4 mg de dexametasona, 1 dia antes e 1 hora antes do procedimento cirúrgico. A antisepsia extra e intraoral com clorexidina a 2% e 0,12% respectivamente. O procedimento cirúrgico foi executado sob anestesia local, bloqueando os nervos

infra-orbitário, nasopalatino bilateralmente, além das técnicas anestésicas suprapariosteal na região dos primeiros molares superiores, e infiltrativa local do palato, nas papilas mesiais dos dentes 16 e 26 com mepivacaína a 2% com epinefrina 1.100.000. A incisão escolhida foi a papilar, com uma lâmina de bisturi 15c (Swann-Morton, Sheffield – Inglaterra), que se estendeu desde a mesial do dente 16 à mesial do dente 26 e retalho mucoperiosteal em envelope.

Optou-se pela incisão na vestibular por ter sido constatado, na tomografia, área de maior reabsorção. Foi realizado o deslocamento do retalho mucoperiosteal total com descolador de molt (Figura 3).



FIGURA 3 – Lesão periapical rompendo a cortical óssea vestibular.

Após enucleação da peça cirúrgica, a mesma foi armazenada em um recipiente com 10% de formalina e encaminhada ao laboratório de Patologia da Faculdade São Leopoldo Mandic – Unidade Campinas – São Paulo, para o estudo histopatológico (Figura 4).



FIGURA 4. Aspecto da lesão, após sua remoção.

Com o auxílio de uma caneta de alta rotação, broca Zekrya (Dentsply-Maillefer, Ballaigues, Suíça) e irrigação com soro fisiológico estéril 0,9%, foi feita a apicectomia, em um ângulo de 60° com o longo eixo dental, seccionando uma porção apical de aproximadamente 3 mm dos dentes envolvidos (Figura 6). Concluído o corte apical, iniciou-se a abertura, preparo e obturação do canal radicular do dente 21. O preparo do canal radicular foi realizado com instrumento único WaveOne Large (Dentsply-Maillefer). Finalizado o tratamento endodôntico simultâneo ao ato cirúrgico, foi realizada a desobturação dos ápices dos dentes 11, 12 e 21, em torno de 3mm de cada ápice, com inserto de ultrassom (Gnatus, Ribeirão Preto-SP, Brasil), e em seguida a obturação retrógrada e selamento apical com MTA (Ângelus, Londrina-PR, Brasil) dos respectivos dentes.



FIGURA 5 – Aspecto da loja óssea após a remoção da lesão.

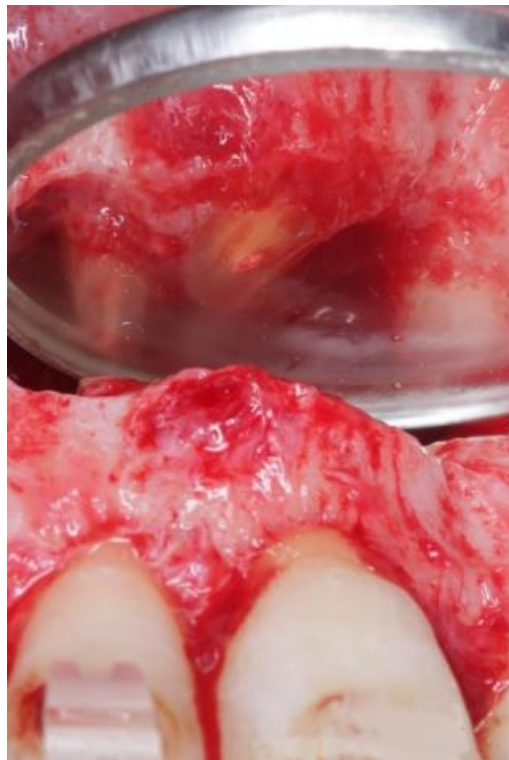


FIGURA 6 – Ápices radiculares após apicectomia.

Após a plenificação da loja óssea com coágulo de sangue, foi feita a inserção de uma membrana de colágeno Geistlich Bio-Gide® (Geistlich Pharma, Wolhusen - Suíça) na região vestibular da cavidade, a fim de promover uma melhor reparação do tecido ósseo no sítio onde a lesão se situava (Figura 7), finalizou-se com o reposicionamento do retalho e a sutura realizada com pontos simples (Figura 8).



FIGURA 7 – Inserção de biomaterial (Geistlich Bio-Gide®) no local da loja óssea.



FIGURA 8 – Aspecto final do procedimento após reposicionamento dos tecidos e sutura.

Foi realizada a prescrição de anti-inflamatório e analgésico por 3 dias. A sutura foi removida após 7 dias. O resultado do exame histopatológico diagnosticou a lesão como um processo inflamatório inespecífico (Figura 9).

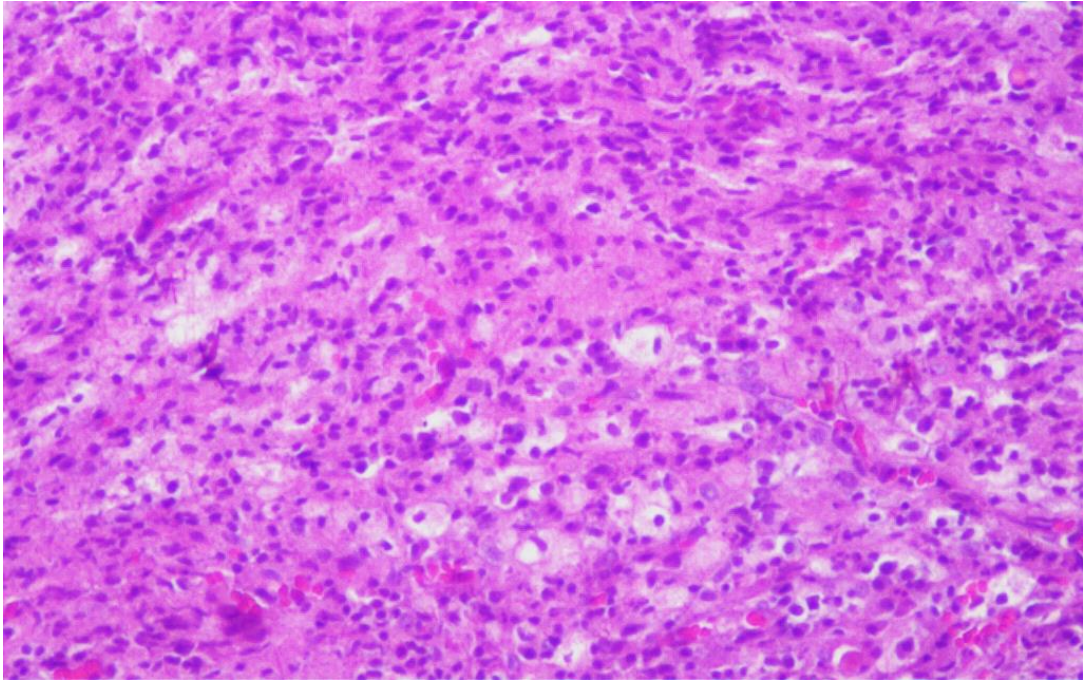


FIGURA 9 - Aspecto do corte histológico apresentando infiltrado inflamatório.

A radiografia panorâmica foi obtida 3 meses após o ato cirúrgico (Figura 10) e a tomografia computadorizada 6 meses (Figura 11) e 9 meses após a cirurgia (Figura 12), apresentando a evolução da reparação óssea.



FIGURA 10 – Radiografia panorâmica após três meses do procedimento cirúrgico, apresentando reparação tecidual.

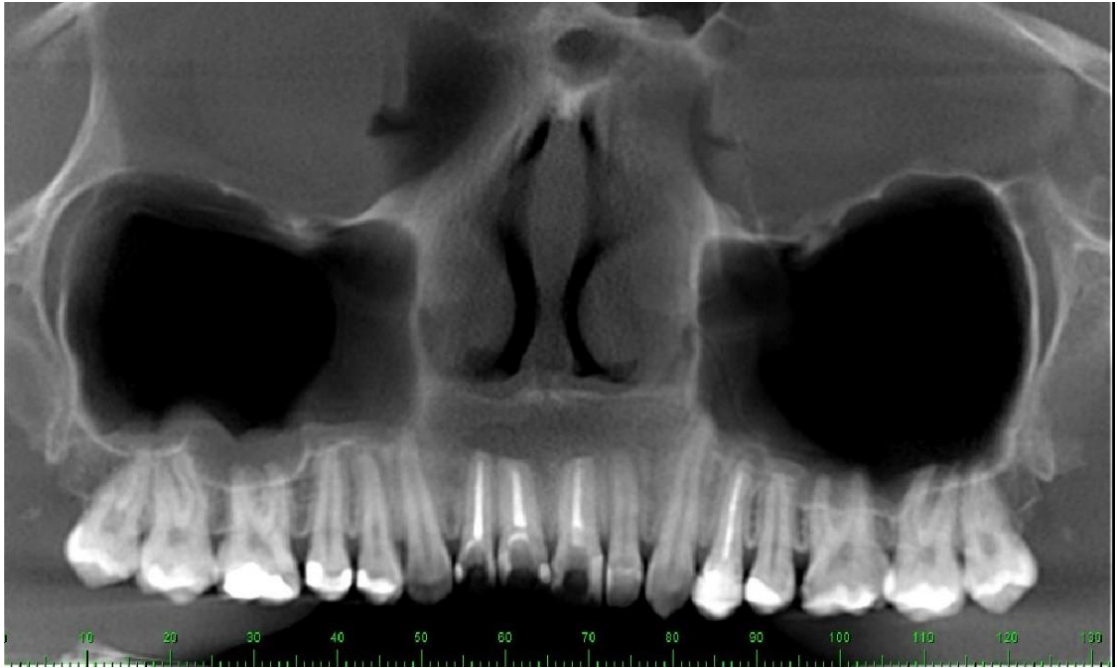


FIGURA 11 – Vista panorâmica da tomografia computadorizada de feixe cônico, seis meses após a cirurgia, evidenciando a neoformação óssea.



FIGURA 12 – **A.** Visão panorâmica evidenciando neoformação óssea na região acometida pela lesão; **B** e **C.** Cortes axial e sagital apresentando formação óssea onde havia ruptura das corticais vestibular e palatina.

4 DISCUSSÃO

O tema principal deste trabalho é a cirurgia parendodôntica como opção terapêutica complementar na remoção de uma lesão extensa de origem inflamatória. Esta conduta foi a escolhida por alguns motivos como, pela análise dos dentes envolvidos na lesão. A presença de tratamento endodôntico prévio em dois dentes, os quais clínica e radiograficamente mostraram-se satisfatórios, indicava que a causa para a persistência da lesão periapical poderia ser extrarradicular. Outro, foi a proporção tomada pela lesão observada na tomografia computadorizada de feixe cônico, visto que já estava acometendo outros dentes, e aproximando-se de estruturas anatômicas nobres, como o seio maxilar, sendo então necessário a remoção desta por meio da cirurgia parendodôntica, a fim de preservar os dentes envolvidos e estruturas nobres adjacentes.

Guimarães et al., (2006) ressaltam que, a qualidade do tratamento do canal radicular, a porção e a localização de reabsorção óssea, as restaurações e o nível de microinfiltração oclusal são um dos fatores que podem intervir no bom resultado da cirurgia periapical. Sendo o propósito determinante da cirurgia parendodôntica promover o isolamento do canal radicular, por consequência, a contaminação bacteriana dos tecidos apicais e periapicais, incentivando assim, a cicatrização.

No caso relatado acima, a hipótese diagnóstica obtida através das avaliações clínicas e radiográficas foi de cisto periapical, devido suas características, entre elas, mostrava-se uma lesão extensa, assintomática e persistente após tratamento endodôntico convencional. Porém, o diagnóstico clínico e radiográfico são incertos, apenas suposições prováveis, pois para concluir o diagnóstico e diferenciar os tipos de lesões inflamatórias, é necessário o exame histopatológico (CARVALHO et al., 2005).

A técnica cirúrgica utilizada para a remoção da lesão foi a enucleação e apicectomia, uma das modalidades da cirurgia parendodôntica. A sequência cirúrgica nesse caso foi realizada de acordo com os autores Azambuja et al. (2006) e Pinto et al. (2011), os quais estabelecem a ordem desde a anestesia, incisão, descolamento do retalho mucoperiosteal, osteotomia, curetagem, apicectomia, obturação e sutura.

A incisão utilizada foi a papilar de molar a molar, com retalho do mucoperiósteo em envelope. Essa incisão foi a escolhida para evitar incisões relaxantes que levam a cicatrizes que comprometeriam a área estética, uma vez que a paciente apresenta sorriso dento-gengival e sua extensão foi realizada a fim de proporcionar uma melhor visão do campo operatório, promovendo um retalho sem tensões.

No que se refere a utilização do ultrassom, Bramante e Berbert; (2007) ressaltam a utilidade deste nas cirurgias parendodônticas por sua provável celeridade e eficácia. As pontas de ultrassom devem ser aplicadas após a apicectomia radicular com o objetivo de confeccionar retro preparos com menor profundidade e ínfimo ou nenhum bisel, a fim de preencher o conduto apical via retrógrada, como complemento de uma obturação satisfatória já existente no canal radicular.

De acordo com Carvalho et al., (2005) e Fukunaga et al., (2007), o MTA (Agregado Trióxido Mineral) é um pó composto por silicato tricálcico, aluminato tricálcico, óxido tricálcico, óxido de silicato, óxido de bismuto além de pequenas porções de outros óxidos. Foi escolhido como material retro obturador deste estudo, devido ao bom selamento apical, biocompatibilidade, capacidade osteoindutora, ação antimicrobiana, ausência de citotoxicidade e boa radiopacidade (PINTO et al. 2011; DANTAS et al., 2014; LODI et al., 2008).

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) permite a visualização tridimensional da região de interesse detalhando as estruturas anatômicas, permitindo assim um melhor diagnóstico e planejamento cirúrgico. As radiografias convencionais apresentam visualização bidimensional somente com isso, as informações são reduzidas. Dessa forma a TCFC está sendo muito utilizada na endodontia moderna. É importante ressaltar que são muitos os benefícios da TCFC, mas existem algumas desvantagens como: deficiências de clínicas especializadas, alto custo do exame quando comparado às radiografias convencionais e a necessidade de conhecimento para analisar os resultados (JUNQUEIRA et al., 2011, LIMA et al., 2010).

A membrana de colágeno foi utilizada devido a sua importante característica de promover remodelação óssea guiada. A membrana Bio-Gide – dupla face é

reabsorvível, devendo permanecer até que a formação da matriz provisória (7 dias) e osso reticular (14-30 dias) estejam presentes. A membrana atua como barreira, impedindo o povoamento de células indesejáveis na ferida. Assim possibilita proliferação de células definidas, formando o tecido cicatricial desejável. Ou seja, a membrana mantém os fatores estimulantes da osteogênese e protege o defeito ósseo da penetração de tecidos moles altamente proliferantes (COSTA et al., 2016).

A osteopromoção consiste no uso de barreira física com o objetivo de impedir a migração de células do tecido conjuntivo e epitelial no processo de cicatrização do defeito ósseo. A barreira (membrana) precisa ter algumas características que vão levar ao sucesso do tratamento como: permeabilidade para difusão de plasmas e nutrientes, biocompatibilidade e suporte físico ao tecido mole circundante (PEREIRA et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma forma eficaz de tratamento para casos de lesões inflamatórias de grande extensão. A conduta utilizada foi adequada, sendo considerada uma opção viável neste tipo de tratamento. A cirurgia parendodôntica tem por finalidade preservar e manter os elementos dentários na cavidade bucal, o que pôde ser comprovado neste caso.

O acompanhamento clínico e radiográfico mostrou um bom resultado, isso prova que a remoção cirúrgica da lesão induz no processo de reparação óssea, demonstrando a possibilidade de sucesso no tratamento.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela sua fidelidade na proteção, consagração e condução de nossas vidas e pelo seu incansável amor.

Ao orientador Felipe Cavalcanti pela sua competência, apoio e empenho dedicado à elaboração deste trabalho, tornando-o possível.

Ao co-orientador Wagner Souza pelas orientações válidas além da esfera acadêmica. Sua ajuda foi essencial para a resolução do caso relatado neste trabalho.

Ao professor Eduardo Marques por seus ensinamentos ao longo das supervisões de nossas atividades como acadêmicas. É um grande prazer tê-lo na banca examinadora.

Ao Professor Victor Cláudio, por toda sua bondade, amabilidade e resiliência. Eu posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa. (Kelly Luana)

Em especial, a Radiodonto (Radiologia Digital e Tomografia Computadorizada, Porto Nacional - TO) pelo fornecimento de todos os exames de imagem obtidos neste trabalho.

E não deixando de *agradecer* de forma grandiosa a nossa família, por todos os sacrifícios, dedicações e incentivos que nos impulsionaram a seguir nessa jornada.

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, Taís Weber Furlanetto; BERCINI, Francesca; ALANO, Fernando; **Cirurgia Parendodôntica: revisão da literatura e apresentação de casos clínico-cirúrgicos. Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre**, Porto Alegre, v.47, n.1, p. 24-29, Abr. 2006.

BASSETTO, Cleverson. **Características Clínicas e Radiográficas – Granulomas e Cistos Periapicais**. 2010. n 52. Monografia apresentada ao curso de Especialização em Radiologia Odontológica e Imaginologia, da Faculdade de Ciências Biológicas e de Saúde, da Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR. 31 de Maio 2010.

BRAMANTE, Clovis Monteiro; BERBERT, Alceu; **Cirurgia Parendodôntica**. São Paulo: Santos, 2007.

CARVALHO, Maria Gabriela Pereira; PEREZ, Walter Blaya; MATTER, Sandro Borges; BLAYA, Diego Segatto; ANHALD, Ana Cláudia . Apicectomia Seguida de Obturação Retrógrada com Agregado Trióxido Mineral (MTA) – Relato de Caso Clínico. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino on Line**, [S.l.], jul./dez. 2005. Disponível em <http://w3.ufsm.br/endodontiaonline/artigo>. Acesso em: 11 de Abril de 2017.

COSTA, José Boaventura Zumaêta; SILVA, Fabrício da; DULTRA Christiano de Almeida; SOUZA, Laís Farias, SANTOS, Maria Clara Nascimento Elyotte dos. O Uso de Membranas Biológicas para Regeneração Óssea Guiada em Implantodontia: Uma Revisão da Literatura. **Revista Bahiana de Odontologia**. Bahia v.7, n.1, p. 14-21, mar. 2016.

DANTAS, Renata Moura Xavier; DULTRA, Joaquim Almeida; BORGES, Geyza Lopes; DULTRA, Fátima Karoline Araújo; NERI, Rafael Fernandes de Almeida. Enucleação de cisto radicular maxilar associado à apicectomia: relato de caso. **Revista de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial**, Camaragibe, PE. v.14, n.3, p.21-26, 2014.

FUKUNAGA, D. et al. Utilização do agregado de trióxido mineral (mta) no tratamento das perfurações radiculares: relato caso clínico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. São Paulo v.19, n 3, p.347-353, set./dez. 2007.

GUIMARÃES, Karis Barbosa; POST, Letícia Kirst Post; BEZERRA, Marcelo Ferraro; ISOLAN, Cristina Pereira; HOSNI, Elaini Sickert. Cirurgia Parendodôntica com Obturação Simultânea dos Canais Radiculares – Relato de Caso Clínico. **Revista**

Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, BA. v.5, n.2, p.188-194, maio/ago., 2006.

JUNQUEIRA, Rafael Bimato; VERNER, Francielle Silvestre; VILELA, Eduardo Machado; DEVITO, Karina Lopes; CHAVES, Maria das Graças Afonso Miranda; CARMO, Antônio Márcio Resende. Tomografia computadorizada de feixe cônico como instrumento complementar de diagnóstico e planejamento cirúrgico de cisto radicular: relato de caso clínico. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, SP. v. 40, n.6, p 338-343, 2011.

LEONARDI, Denise Piotto; GIOVANINI, Allan Fernando; ALMEIDA, Susimara; SCHRAMM, Celso Alfredo; BARATTO-FILHO, Flares. Alterações Pulpares e Periapicais. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v.8, n.4, p.47-61, Out./Dez, 2011.

LIMA, Regina Karla de Pontes; FARIA JÚNIOR, Norberto Batista; GUERREIRO – TONAMARU, Juliane Maria; TANAMARÚ FILHO, Mário. Diagnóstico e Planejamento: Utilização da Tomografia Cone Beam. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**. [S.l.], v.7, n.4, p.474-80, out./dez. 2010.

LODI, Letícia Marchetti; POLETO, Sheila; SOARES, Renata Grazziotin; IRALA, Luis Eduardo Duarte; SALLES, Alexandre Azevedo; LIMONGI, Orlando. Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso clínico. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**. [S.l.], v.5, n.2, p. 69-74, 2008.

MORAES, Amanda Pibernat; RODRIGUES, Bianca Schmidt. Cistos Odontogênicos Inflamatórios: Revisão de Literatura, **Revista da Graduação**, v.4, n.1, p28, Porto Alegre –RS, 2011.

ORSO, Vanderlê de Arlete; FILHO, Manoel Sant'Ana. Cirurgia paraendodôntica: quando e como fazer. **Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre**, Porto Alegre, v.47, n.1, p. 20-23, abr. 2006.

PAVELSKI, Maicon Douglas; PORTINHO, Danielle; CASAGRANDE-NETO, Artur; GRIZA, Geraldo Luiz; RIBEIRO, Rodrigo Gonçalves. Cirurgia Paraendodôntica: relato de caso. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Campinas, SP, v.64, n.4, out./dez. 2016.

PEREIRA, Nayla Silva; SOUZA, Lumena Raquel de Brito; SOARES; Cândido Soares; SANTOS; Isidra Manoela Sousa Portela; Araújo, Karinne Sousa de. Regeneração Óssea Guiada Utilizando Membrana Reabsorvível Fixada com

Etilcianoacrilato. **Revista Brasileira de Odontologia**. [S.l.], v.68, n.2, p. 233-7, jul./dez.2011.

PINTO, Moara e Silva Conceição; FERRAZ, Maria Ângela Arêa Leão; FALCÃO, Carlos Alberto Monteiro; MATOS, Francisca Tereza Coelho; PINTO, Antonione Santos Bezerra. Cirurgia parendodôntica: revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, PI, v.4, n.4, p.55-60, out-nov-dez, 2011.

SILVA, Rodrigo Antonholi; BUOSI, Marcos Peron; NASCIMENTO, Vanessa Rodrigues; PFAU, Eduardo Augusto; TAMAZINHO, Luiz Fernando; Cirurgia Parendodôntica associada a Enxerto Ósseo com Biomaterial (Bio Oss® Collagen) – Relato de Caso. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, [S.l.], v.5, n.1, p.34-38, dez 2013 – fev 2014.

ANEXO

ANEXO A – Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar do atendimento específico EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA: Implantação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O objetivo deste projeto é institucionalizar a documentação formal para o consentimento livre e esclarecido do paciente submetido ao atendimentos junto à Clínica Odontológica do ITPAC-PORTO, possibilitando ao aluno, perceber a qualidade da recepção dada aos cidadãos no serviço de saúde e a importância dos resultados como fonte de pesquisa para o aperfeiçoamento de programas e ações de atendimento à saúde da população. O procedimento cirúrgico a ser realizado será de acordo com o preenchimento minucioso do prontuário do paciente, recuperação da história clínica do paciente e acompanhamento dos procedimentos laboratoriais.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Pode haver prejuízos físicos referentes ao procedimento cirúrgico como: hematomas e desconforto na região durante e após a cirurgia e os procedimentos realizados serão aqueles relacionados a cirurgia já indicados pelo Cirurgião-dentista que o assiste. Registros fotográficos serão realizados com discrição em relação à identidade do paciente. Ressaltando-se que NENHUM procedimento será conduzido para fins exclusivamente científicos.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: O paciente será totalmente acompanhado pelo Cirurgião-dentista durante as consultas de rotina assim como em seus retornos previstos para o acompanhamento odontológico e, se necessário, será solicitada avaliação médica.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O paciente será esclarecido sobre todos os itens do projeto em qualquer aspecto que desejar. O paciente é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar NÃO irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os professores, acadêmicos e demais funcionários irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa ficarão à sua disposição e será disponibilizada uma cópia, permanecendo confidenciais. Uma cópia desse consentimento informado será

arquivada na Coordenação do curso de odontologia do ITPAC Porto em Porto Nacional/TO.

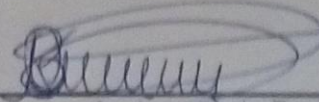
CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação do paciente neste estudo não acarretará custos ao mesmo e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE:

Eu, Kelly Luana Alves Gomes.....C.P.F. 035.047.951-72

nascida em 18/02/94, fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo Cirurgião-dentista; estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativa. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e que possam motivar a minha decisão. O professor Cirurgião-dentista da especialidade a que me proponho, assim como os acadêmicos da equipe, certificaram-me que todos os dados deste projeto serão confidenciais. Também ficou esclarecido que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento do ITPAC Porto Nacional. Em caso de dúvidas eu poderei solicitar à equipe odontológica pessoalmente ou através do telefone (63) 3363 9641. Declaro que concordo em participar desse projeto. Mantenho uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido em minha pasta do prontuário e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Porto Nacional, 15/10/16


Assinatura do Paciente