

Resumo:

A lesão perirradicular consiste em uma doença inflamatória de origem microbiana causada primeiramente pelo desenvolvimento da infecção no sistema de canais radiculares. As bactérias são as principais responsáveis pelo desenvolvimento desta doença. Os tecidos e órgãos internos humanos possuem mecanismos de proteção capazes de detectar, diferenciar e combater os agentes invasores. Tais mecanismos de defesa são representados por células e moléculas que, na grande maioria das vezes, são bastante eficazes em eliminar a infecção. Na resposta imune inflamatória, uma das principais células envolvidas neste processo de defesa são os linfócitos que podem se apresentar na forma de linfócitos B ou linfócitos T. Estas células ao serem sensibilizadas por células apresentadoras de antígenos, podem se diferenciar em linfócitos T CD4+, e assim serem capazes de liberar citocinas, como por exemplo, IL-1 β , IL-6, IL-11, IL-17 e fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), que vão ser fundamentais no processo de formação da lesão perirradicular. Estas citocinas apresentam papel fundamental na regulação da reabsorção óssea. Ao atingirem níveis críticos, as citocinas vão estimular células do estroma e osteoblastos estimulando a osteoclastogênese (TAKAYANAGI, 2005a). A IL-17 é uma citocina derivada de células T que desempenha papel importante no início e manutenção da resposta pró-inflamatória e recentemente foi associada à estimulação da reabsorção óssea. No entanto, pouco se sabe a respeito dos efeitos diretos da IL17 no processo de destruição óssea em lesões perirradiculares. O estudo tem por objetivo avaliar a expressão de IL17 em diferentes regiões de lesões perirradiculares, comparar os resultados obtidos entre cistos perirradiculares e granulomas e comparar os resultados obtidos através de imunohistoquímica com exames clínicos e de imagem e a sintomatologia. Participarão do estudo 40 pacientes eleitos para realizar a cirurgia para endodôntica, com base na anamnese, exame clínico com sinais e sintomas e exames complementares, como radiografias e tomografias computadorizadas por feixe cônico. A cirurgia para coleta das lesões será realizada seguindo o protocolo de Bramante (Bramante & Berbert, 2000), na qual serão coletadas 40 lesões perirradiculares (20 cistos perirradiculares e 20 granulomas) dos pacientes. As lesões coletadas serão submetidas à análise histológica feita através da coloração de hematoxilina e eosina. A análise das imagens será realizada com auxílio de microscópio óptico (Leica DM500, Heerbrugg, Suécia) e cada lâmina será subdividida em 5 campos de alta potência (40x de aumento microscópico), onde serão avaliados o epitélio (apenas em casos de cistos perirradiculares), tecido conjuntivo superficial e tecido conjuntivo profundo. Serão atribuídos valores (0-2) para cada campo, de acordo com o número de marcações positivas para o anticorpo. As áreas observadas serão consideradas negativas se não houverem células positivas ou menos de 5% das células forem coradas positivamente (0 ponto); leve a moderado se 5% a 50% das células forem coradas positivamente (1 ponto); e forte, se mais de 50% das células forem positivas para cada marcador (2 pontos). No final, cada zona receberá cinco graus que, em conjunto podem representar valores de 0 (se todos os campos de alta potência analisados forem negativos) e 10 (se todos os campos de alta potência analisados forem fortemente positivos). Como este número final resume o valor total dos cinco campos, será obtida uma média dos cinco campos de alta potência, a classificação de imunoexpressão será dada como : negativo (média final que varia de 0 a 0,5), fraco a moderado (variando de 0,6 para 1,2) ou forte (variando de 1,3 a 2,0).²

