



Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

**FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA - CPGO**

RÔMULO MAX RODRIGUES DE SOUSA

**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÕES MÚLTIPLAS: RELATO DE
CASO**

**NATAL/RN
2020**

Rômulo Max Rodrigues de Sousa

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM SESSÕES MÚLTIPLAS: RELATO DE CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Glauco dos Santos Ferreira.

Co-Orientador: Rodrigo Jorge de Pinto Mafra.

**NATAL/RN
2020**

Catlogação da Publicação na Fonte

S725r

Sousa, Rômulo Max Rodrigues de.

Retratamento endodôntico em sessões múltiplas: relato de caso /
Rômulo Max Rodrigues de Sousa. – Natal/RN, 2020.
18f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Glauco dos Santos Ferreira.

Coorientador: Rodrigo Jorge de Pinto Mafra.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação) – Faculdade Sete
Lagoas, Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

1. Retratamento. 2. Obtenção do Canal Radicular. 3. Endodontia. I.
Ferreira, Glauco dos Santos. II. Mafra, Rodrigo Jorge de Pinto. III.
Faculdade Sete Lagoas. IV. Título.

CDU 616.314

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**Retratamento endodôntico em sessões múltiplas: relato de caso**” de autoria do aluno **Rômulo Max Rodrigues de Sousa**.

Aprovado em ___/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Dr. Glauco dos Santos Ferreira - Orientador

Profa. Flávia de Lima Cavalcanti Spinelli - Examinador

Prof. Dr. Sílvio Emanuel Acioly Conrado de Menezes - Examinador

Natal, 24 de outubro de 2020.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho é o relato de caso clínico de um retratamento endodôntico em sessões múltiplas de um incisivo lateral superior 12, com lesão apical circunscrita e sobreobturação do cone de guta percha além do limite do forame apical. Paciente M. S. B, 31 anos, sexo feminino, foi encaminhada a clínica de Especialização em Endodontia do Centro de Pós-Graduação em Odontologia-Natal (CPGO), para um retratamento endodôntico no elemento 12. No exame Radiográfico observou-se lesão apical e obturação além do forame apical. No exame clínico, obteve resposta negativa aos testes a palpação e percussão horizontal, porém, positivo a percussão vertical. Foi dado início ao procedimento de retratamento em sessões múltiplas, removendo a restauração com ponta diamantada esférica 1014 e desobturação com sistema rotatório Prodesign S. Com o auxílio de tomada radiográfica, foi realizada a odontometria, indicando o Comprimento Real de Trabalho em 19mm. Lançando mão de limas Kerr, deu-se início a reinstrumentação utilizando a lima #60 formando o batente apical finalizando com a lima #80. Após a etapa da reinstrumentação, foi realizado o protocolo de irrigação onde o agente irrigante foi o hipoclorito de sódio a 2,5% e E.D.T.A a 17%. Em seguida, iniciou-se a obturação, lançando mão da técnica de condensação, utilizando cimento Sealer Plus e cones de guta percha. Finalizado o procedimento, a paciente foi orientada e encaminhada para restauração permanente e o caso foi preservado por 5 meses onde, após tomada radiográfica observou-se regressão da lesão periapical.

Palavras-Chave: Retratamento; Obturação do Canal Radicular; Endodontia.

ABSTRACT

The aim of the present study is to report a clinical case of an endodontic retreatment in multiple sessions of an upper lateral incisor 12, with circumscribed apical lesion and overtaking of the gutta percha cone beyond the limit of the apical foramen. Patient MS B, 31 years old, female, was referred to the Endodontic Specialization clinic of the Postgraduate Center in Dentistry-Natal (CPGO), for an endodontic retreatment in element 12. In the Radiographic examination, an apical lesion and obturation were observed. beyond the foramen. In the clinical examination, the palpation and horizontal percussion tests were negative, but the vertical percussion was positive. The retreatment procedure was initiated in multiple sessions, removing the restoration with a 1014 spherical diamond tip and disobturation with the Prodesign S rotary system. With the aid of a radiographic socket, dentistry was performed, indicating the Actual Working Length at 19mm. Using Kerr files, reinstrumentation was started using file # 60, forming the apical stop, ending with file # 80. After the reinstrumentation stage, the irrigation protocol was carried out where the irrigating agent was sodium hypochlorite at 2.5% and E.D.T.A at 17%. Then, filling was started, using the condensation technique, using Sealer Plus cement and gutta-percha cones. After the procedure was completed, the patient was guided and referred for permanent restoration and the case was continued for 5 months where, after radiographic examination, regression of the periapical lesion was observed.

Keywords: Retreatments; Root Canal Filling; Endodontics.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. RELATO DE CASO	9
3. DISCUSSÃO	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Radiografia inicial do elemento 12.....	9
Figura 2. Desobturação	11
Figura 3. Radiografia final.....	12
Figura 4. Radiografia de controle.	13

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico é um procedimento que visa a desinfecção de canais radiculares, promovendo reparo de tecidos periapicais, preservação do elemento dentário e conseqüentemente a saúde do paciente. Segundo (GABARDO et al., 2009), para a redução da possibilidade de falhas e acidentes, é fundamental seguir os princípios científicos e biológicos.

A evolução dos materiais e técnicas empregadas vem refletindo no aumento da taxa de sucesso, de acordo com (LUCKMAN et al., 2013), o percentual varia entre 60% a 90%.

Mesmo com um elevado percentual de sucesso, alguns aspectos podem levar ao fracasso do tratamento, ainda que sejam seguidos os princípios básicos. (LUCKMAN et al., 2013) aponta que a deficiência da obturação, calcificações, restaurações com infiltrações, reabsorções dentárias, perfurações e até mesmo materiais obturadores são fatores que podem colaborar para o insucesso do tratamento endodôntico.

Vale salientar que o Cirurgião Dentista deve atentar sobre a possibilidade da permanência de micro-organismos após a obturação do sistema de canais radiculares, segundo (ALMEIDA et al., 2011), as relações entre micro-organismos e os fatores químicos e físicos repercutem na composição da microbiota em que as interações garantem a fonte de nutrientes. O selamento coronário impede a penetração de fluidos e micro-organismos em direção a região apical, dessa forma a restauração permanente deve ser executada o mais rápido possível, tendo em vista que os materiais restauradores provisórios não impedem a infiltração por um período satisfatório.

Não obstante, o fracasso do tratamento endodôntico também se deve a obturações incorretas. O estudo feito por (BRITO-JUNIOR et al., 2009) aponta que 94% dos casos avaliados tiveram o insucesso ocasionado pela obturação ineficiente. Nesse contexto, ainda que seja seguido os princípios científicos e biológicos, a técnica eleita pelo profissional é fundamental para o sucesso do tratamento, amenizando a probabilidade de uma intervenção.

Apesar do reduzido percentual de insucesso, a maior causa ainda é a iatrogenia. Deve-se sempre indicar o retratamento do canal radicular diante do

fracasso do tratamento endodôntico, e caso necessário, lançar mão da cirurgia parendodôntica como complemento da terapia (GOMES et al., 2003).

De acordo com (FRACASSI et al., 2010), o objetivo da obturação do sistema de canais radiculares é impedir a ação de micro-organismos após o tratamento endodôntico, permitindo a manutenção da integridade óssea. Embora vários fatores estejam inclusos, a deficiência na obturação nesse procedimento é considerada uma das maiores causas do insucesso do tratamento.

Segundo (MARIN et al., 2016), a sobreobturação é o extravasamento de material obturador além do ápice do elemento dentário, que pode ser ocasionado pela ausência de um bom preparo apical, de modo que não se consegue obter o batente para que o cone possa ser travado adequadamente.

O objetivo deste trabalho é o relato de caso clínico de um retratamento endodôntico em sessões múltiplas de um incisivo lateral superior direito (12), com lesão periapical e sobreobtura o além do forame.

2. RELATO DE CASO

Paciente M. S. B, 31 anos, faioderma, sexo feminino, compareceu ao (CPGO) Centro de Pós-Graduação em Odontologia, na Clínica do Curso de Especialização em Endodontia na Cidade do Natal. A mesma veio encaminhada por meio do Curso de Implantodontia do referido Centro, para um retratamento endodôntico do elemento 12.

Durante a anamnese, a paciente relatou não ter nenhum comprometimento sistêmico, e que não apresentava alergia a qualquer fármaco ou anestésico, mas apresentava histórico de dor localizada no referido dente.

Ao realizar o exame clínico, não havia presença de fístula ou edema, e não se observou mudança na coloração do elemento dentário, também não havia mobilidade ou presença de bolsa periodontal. Testes térmicos ao frio ENDO ICE (Maquira, São Paulo-SP. Brasil) de sensibilidade pulpar foram realizados, respondendo negativamente.

A paciente obteve resposta assintomática a palpação e ao teste de percussão horizontal, porém, relatou dor a percussão vertical.

No exame radiográfico inicial (Figura 1), foi possível perceber espessamento do espaço do ligamento periodontal, lesão circunscrita na região do ápice do elemento 12, canal reto, e sobreobturação de aproximadamente 4mm do Cone de Guta percha além do forame apical. Com base nos achados clínicos e radiográfico, o retratamento endodôntico foi eleito como tratamento de escolha.

Figura 1. Radiografia inicial do elemento 12.



Radiografia periapical inicial mostrando área radiolúcida circunscrita, e sobre obturação envolvendo o ápice do elemento 12.

Fonte: criado pelo autor.

Mesmo com uma anatomia dental simples, e com uma boa adequação oral nas adjacências, foi levado em conta a lesão apical, e proposto um procedimento em duas seções.

A princípio, lançamos mão da técnica anestésica infiltrativa com um tubete de cloridrato de mepivacaina a 2% com epinefrina 1:100.000 (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça), em seguida foi realizada uma profilaxia externa com pasta profilática e escova de Robinson (Dentsmart) e, para remoção da resina e início do acesso coronário, foi utilizada a ponta esférica diamantada FG 1014 (Microfot.), no entanto, buscou-se realizar um acesso conservador, preservando as estruturas dentinárias.

Em seguida, foi dado início a etapa do isolamento absoluto, onde o grampo de escolha foi o 212 (Golgran), na sequência foi aplicada a barreira gengival com Top Dam (FGM).

Concluída a etapa do isolamento, iniciou-se a desobturação, lançando mão do motor endodôntico X- Smart Plus (Dentsply Maillefer, Ballaigues, Suíça) e o sistema rotatório Prodesign S (Easy, Belo Horizonte, MG, Brasil). A princípio, a lima de escolha foi a #30.10 com o Stop em 17mm e moderados avanços e movimentos de pinceladas em direção as paredes do canal em todo terço cervical, avançando ao terço médio, descartando o uso de solventes.

Lançando mão de uma seringa plástica de 5ml (Ultradent Products) com pontas cegas 30GX35MM (MK Life), a irrigação foi feita com hipoclorito de sódio a 2,5% (Água Sanitária Brilux) a cada avanço.

Chegando ao terço médio, com o apoio de uma lima hedstroem #40 foi possível tracionar o cone de guta percha por inteiro. Desobturado o conduto, deu-se início a odontometria com tomada radiográfica, medindo a distância da ponta do instrumento ao ápice, estabelecendo o comprimento real de trabalho (CRT) 19mm.

Após a tomada radiográfica (Figura 2), observou-se a ausência de material obturador no conduto, então, o mesmo foi inundado com hipoclorito de sódio a 2,5% (Água Sanitária Brilux). Para limpeza e modelagem, a técnica de escolha foi a convencional com limas manuais.

Figura 2. Desobturação



Imagem radiográfica do conduto totalmente desobturado.
Fonte: criado pelo autor.

Com o auxílio das limas Kerr #60, foi dado início ao preparo apical até a lima #80 formando o batente apical, vale salientar que, para cada troca de lima, a irrigação abundante e aspiração foi realizada. O protocolo de irrigação foi iniciado com hipoclorito de sódio a 2,5% por 30 segundos, aspiração, irrigação com soro fisiológico, em seguida EDTA (ácido etilenodiamino tetra-acético), remoção do EDTA com uma abundante irrigação, eliminando toda camada de smear layer, em seguida aspiração e secagem do canal.

Finalizada a etapa do protocolo de irrigação, a medicação intracanal de escolha foi pasta de hidróxido de cálcio com paramonoclorofenol (Calen + PMCC), e selamento com ionômero de vidro restaurador (FGM Maxxion R A3).

Na segunda seção, a paciente retornou sem nenhum relato de dor, também não apresentava edema ou qualquer aspecto clínico relevante. Após a etapa inicial de recepção, exame clínico e isolamento absoluto com grampo 212 (Golgran) e barreira gengival com Top Dam (FGM), foi dado início a remoção do ionômero de vidro, irrigação e recapitulação do conduto com uma lima Kerr #80. Logo iniciou-se a etapa da obturação onde o cone de guta percha selecionado foi o #80 (Dentsply), realizado a desinfecção dos cones foi feita por imersão em hipoclorito de sódio a 2,5% por 5 minutos.

Após o teste visual, tátil e radiográfico e uma abundante irrigação, a secagem do conduto foi feita com cones de papel absorvente (Dentsply- Maillefer, Suíça).

Para seguir com a obturação, a técnica de escolha foi a condensação lateral, selecionando o cimento endodôntico Sealer Plus (MK Life- Porto Alegre, RS). Para o corte e remoção de excessos de guta percha, foi utilizado o condensador de Paiva (Nº2) aquecido, e em seguida a condensação vertical. Finalizada a etapa da obturação, o selamento foi realizado com ionômero de vidro (FGM Maxxion A3 Joinville/SC). Ao final do procedimento, uma tomada radiográfica foi realizada, o que mostrou um selamento adequado do canal radicular (Figura 3). Foi realizada preservação durante um período de 5 meses após o tratamento. (Figura 4).

Figura 3. Radiografia final.



Aspecto radiográfico final após o retratamento endodôntico.
Fonte: criado pelo autor.

Figura 4. Radiografia de controle.



Controle radiográfico após 5 meses de preservação, sendo notório o reparo de lesão periapical.
Fonte: criado pelo autor.

É importante frisar que a paciente foi orientada e encaminhada para a restauração definitiva. Após a conclusão do tratamento endodôntico, foi realizada a preservação por 5 meses.

3. DISCUSSÃO

O estudo feito por (OCCHI et al., 2011) concluiu que as mulheres são o sexo predominante nos tratamentos endodônticos, e que a prevalência quanto ao grupo dental são incisivos centrais superiores, porém, quanto a classificação entre dentes anteriores e posteriores, há o predomínio de posteriores.

No presente caso clínico, a paciente compareceu encaminhada para retratamento endodôntico do incisivo lateral superior 12, é possível perceber no exame radiográfico uma lesão periapical circunscrita. Importante frisar que ao exame clínico não havia edema ou fistula, e a resposta a palpação e percussão horizontal foi negativa, porém, a paciente relatava incomodo a percussão horizontal. Foi proposto tratamento em duas sessões.

(YOLDAS et al., 2004), indicam que o tratamento endodôntico com duas visitas com medicação intracanal mostrou-se eficaz na redução de dor pós operatória em dentes previamente sintomáticos e diminuiu o número de surtos em todos os casos de retratamento.

A influência do selamento coronário no tratamento endodôntico tem sido muito discutida e pesquisada, porém, há muitas divergências sobre sua importância. Estudos atuais mostram que ambos, selamento coronário e apical, são de extrema importância para um bom resultado (GENCOGLU, 2010).

Na realidade, canais desinfectados devem ser obturados para eliminar o espaço vazio que teria o potencial de ser infectado ou reinfectado. Além disso, através de um selamento tridimensional abrangendo os aspectos apical, lateral e coronário do sistema de canais radiculares, a obturação pode confinar micro-organismos residuais ao interior do canal, impedindo seu egresso aos tecidos periradiculares (SIQUEIRA JR et al., 2012).

A ausência do preenchimento hermético do canal em toda sua extensão tridimensionalmente, cria condições à penetração para o interior do canal, de fluidos orgânicos oriundos da região apical (MONTEIRO et al., 2008).

Quanto a possíveis falhas na execução do tratamento, de acordo com (ESPINDOLA et al., 2002), o respeito ao periápice e a manutenção dos tecidos que irão sofrer os efeitos dos procedimentos cirúrgicos, medicamentosos, químicos e físicos, são fatores fundamentais para se obter o êxito do tratamento endodôntico.

Observa-se através do exame radiográfico deste caso clínico, uma lesão apical circunscrita e ultrapassagem do material obturador além do limite do forame apical. Diante disso, nesse caso clínico buscou-se cumprir todas as etapas, de modo que, negligenciar qualquer uma delas poderia levar ao comprometimento de todo tratamento proposto. A odontometria nos deu segurança para buscar uma limpeza do forame com maior eficácia, e uma obturação fidedigna do conduto, respeitando os limites e sem extravasamento de material que poderiam vir a trazer malefícios a região periapical.

Em verdade, os cones que transpassam o forame, impedem a perfeita obturação biológica do organismo, permitindo a passagem de líquido tecidual para o interior do canal radicular e comprometendo o saneamento obtido (FREITAS, 1999).

Em relação ao retratamento endodôntico, a remoção do material obturador continua sendo um desafio, (SIDDHARTHA et al., 2017) indica que, dos sistemas avaliados, de Níquel-titânio, ProTaper e Mtwo foram considerados eficazes na remoção de material obturador do canal radicular. No entanto, a remoção completa da guta percha não ocorreu em nenhum dos grupos experimentais.

(GARCIA JUNIOR et al., 2007) apontam que nenhuma das técnicas de retratamento rotatórias ou manuais avaliadas, isentou completamente os canais radiculares da presença de remanescentes de materiais obturadores, o mesmo estudo ainda cita que, apesar de apresentarem baixos valores, juntamente com os demais grupos, quando avaliados por terços, obtiveram a maior quantidade de remanescente do material no terço apical.

Neste caso clínico, a desobturação do canal radicular foi feita com o auxílio do sistema rotatório Prodesign S (Easy Equipamentos Odontológicos), abrindo mão do uso de solventes. Num estudo in vitro, (MAGALHÃES et al., 2006) concluiu que o xilol apresentou efeito solvente superior, porém, devemos limitar o uso de solventes que apresentam efeitos tóxicos cancerígenos.

Muitas vezes a remoção da guta percha pode ser feita sem o uso de solventes, como é o caso de obturações pouco condensadas, em caso de boa condensação, os solventes são úteis (GH KALED et al., 2011).

Tendo em vista a facilidade da remoção do cone de guta percha ao ser tracionado, notou-se a fragilidade na etapa da condensação, pois, ao chegar ao terço médio, o cone foi removido por inteiro, sem resistência significativa. Com a ausência

de solventes, evitou-se a camada de smear plug aderida nas paredes do canal com os excessos de material obturador, facilitando assim a limpeza e reinstrumentação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desse caso clínico, é possível perceber que o exame radiográfico apresentou regressão da lesão apical, portanto, conclui-se que o retratamento endodôntico do incisivo lateral superior em sessões múltiplas mostrou-se uma alternativa eficaz e viável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. G.; VELOSO, H. H. P.; SAMPAIO, F. C.; OLIVEIRA, H. F.; FREIRE, A. M. Qualidade das restaurações e o insucesso endodôntico. **Revista Odontológica Brasileira Central**. v. 20, n. 52, p. 74-78, 2011.
- BRITO-JÚNIOR, M. et al. Prevalência e etiologia do retratamento endodôntico-estudo retrospectivo em clínica de graduação. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 14, n. 2, 2009.
- DAS, Siddhartha et al. Comparative evaluation of three different rotary instrumentation systems for removal of gutta-percha from root canal during endodontic retreatment: An in vitro study. **Journal of Conservative Dentistry: JCD**, v. 20, n. 5, p. 311, 2017.
- ESPÍNDOLA, A. C. S.; PASSOS, C. O.; SOUZA, E. D. A.; SANTOS, R. A. Avaliação do grau de sucesso e insucesso no tratamento endodôntico em dentes uni-radiculares. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v. 50, n. 3, p. 164- 166. 2002.
- FACHIN, E. V. F. Considerações sobre insucessos na endodontia. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Porto Alegre. vol. 40, n. 1 (set. 1999), p. 7-9, 1999.**
- FRACASSI, L. D. et al. Comparação radiográfica do preenchimento do canal radicular de dentes obturados por diferentes técnicas endodônticas. **Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 58, n. 2, p. 173-179, 2010.
- GABARDO, M. C. L.; DUFLOTH, F.; SARTORETTO, J.; HIRAI, V.; OLIVEIRA, D. C.; ROSA, E. A. R. Microbiologia do insucesso do tratamento endodôntico. **Revista Gestão & Saúde**. v. 1, n. 1, p. 11-17. 2009.
- GENCOGLU, N; PEKINER, F. N; GUMRU, B; HELVACIOGLU, D. Periapical status and quality off root fillings and coronal restorations in an adult Turkish subpopulation. **European Journal of Dentistry**, v. 4, p. 17- 22, 2010.
- GOMES, A. C. A.; DOURADO, A. T.; DE ALBUQUERQUE, D. S. Conduta terapêutica em dente com lesão refratária ao tratamento endodôntico convencional e cirúrgico— caso clínico therapeutical procedure in teeth with refratary lesion to endodontic conventional and cirurgical treatment—a case. **Revista Odontológica Brasileira**. 2003.
- JÚNIOR, J. S. GARCIA et al. Avaliação radiográfica da eficiência de diferentes instrumentos rotatórios no retratamento endodôntico. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 2, p. 41-49, 2008.
- KALED, G. H.; FARIA, M. I. A.; HECK, A. R.; ARAGÃO, E. M. D.; MORAIS, S. H.; SOUZA, R. C. D. Retratamento endodôntico: análise comparativa da efetividade da remoção da obturação dos canais radiculares realizada por três métodos. **Revista Gaúcha de Odontologia (Online)**, v. 59, n. 1, p. 103-108, 2011.

LUCKMANN, G.; DORNELES, L. C.; GRANDO, C. P. Etiologia dos insucessos dos tratamentos endodônticos. Vivências: **Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 9, n. 16, p. 133-139, 2013.

MAGALHÃES, B. S. et al. Dissolving efficacy of some organic solvents on gutta-percha. **Brazilian Oral Research**, v. 21, n. 4, p. 303-307, 2007.

NAVARRE, E. W; STEIMAN, H. R. Root end fracture during retropreparation: a comparison between zirconium nitride-coated and stainless microsurgical ultrasonic instruments. **Journal of Endodontics**. v. 28, n. 4, p. 330-332, 2002.

OCCHI, I. G. P.; SOUZA, A. A.; RODRIGUES, V.; TOMAZINHO, L. F. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da UNIPAR. **UNINGÁ Review**. v. 8, n. 2, p. 39-46. 2011.

YOLDAS, O.; TOPUZ, A.; ISÇI, A. S.; & OZTUNC, H. Postoperative pain after endodontic retreatment: single-versus two-visit treatment. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 98, n. 4, p. 483-487, 2004.