

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Pós-graduação em Odontologia

Maria Augusta de Miranda Carneiro Campos

**REINTERVEÇÃO ENDODÔNTICA EM MOLAR SUPERIOR COM
SINTOMATOLOGIA PERSISTENTE: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

RECIFE

2023

Maria Augusta de Miranda Carneiro Campos

**REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA EM MOLAR SUPERIOR COM
SINTOMATOLOGIA PERSISTENTE: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada ao curso de especialização *Latu sensu* da faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Glauco dos Santos Ferreira.

Área de concentração: Endodontia

Recife

2023

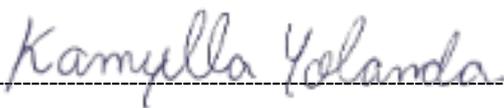
Maria Augusta de Miranda Carneiro Campos

**REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA EM MOLAR SUPERIOR COM
SINTOMATOLOGIA PERSISTENTE: UM RELATO DE CASO CLÍNICO**

Monografia apresentada ao curso de especialização Latu sensu da faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Endodontia.

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

Orientador – Prof. Glauco dos Santos Ferreira.



Prof. Msc. Kamylla Yolanda de Souza ae Silva



Prof Dr. Glauco dos Santos Ferreira

Recife, 04 de Março de 2023

RESUMO

A falha no tratamento endodôntico pode ocorrer devido tanto a intercorrências- que vão desde a etapa de acesso à restauração final- quanto a fatores de ordem microbiana. Por isso, quando houver prognóstico desfavorável daquele elemento dentário, existe a necessidade de realizar uma reintervenção endodôntica. Mas, para que isso aconteça, é necessário que sejam garantidos princípios científicos, biológicos e mecânicos capazes de promover a limpeza e modelagem do canal radicular. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de retratamento do elemento dentário 26 com sintomatologia persistente. As limas de escolha para a desobturação foram: LOGIC RT #30.10, #25.08 e 20.06. Assim que todos os canais foram desobturados, lançou-se mão da instrumentação com as limas RECIPROC BLUE (VDW) #25.08, SEQUENCE ROTARY FILE (MK LIFE) 35.04 e X1 BLUE (MK LIFE) #40.06. Utilizou-se como solução irrigadora o Hipoclorito de Sódio 2,5% e, já que havia persistência de sintomatologia, optou-se por utilizar protocolo de irrigação e agitação com EDTA e EASYCLEAN, a fim de garantir que o elemento dentário estava desinfectado o suficiente para ser obturado. Pode-se concluir que para que exista uma chance maior de prognóstico favorável de uma reintervenção endodôntica, é importante a utilização de ferramentas para melhor irrigação e desinfecção dos canais radiculares, juntamente com um bom selamento radicular e coronário. Além disto, é necessário que haja preservação do elemento dentário por pelo menos 1 ano através do exame clínico e radiográfico, e, ao longo dos anos o paciente continue sendo acompanhado.

Palavras- chave: Solução irrigadora; instrumentação mecanizada; canal radicular.

ABSTRACT

Failure in endodontic treatment can occur due to both intercurrents - ranging from the access stage to the final restoration - and microbial factors. Therefore, when there is an unfavorable prognosis for that dental element, there is a need to perform an endodontic intervention. However, for this to happen, it is necessary to guarantee scientific, biological and mechanical principles capable of promoting cleaning and modeling of the root canal. This work aims to report a clinical case of retreatment of tooth 26 with persistent symptoms. The files of choice for desobturation were: LOGIC RT #30.10, #25.08 and 20.06. As soon as all canals were cleared, instrumentation was performed with RECIPROC BLUE (VDW) #25.08, SEQUENCE ROTARY FILE (MK LIFE) 35.04 and X1 BLUE (MK LIFE) #40.06 files. Sodium Hypochlorite 2.5% was used as an irrigating solution and, since there was persistence of symptoms, it was decided to use an irrigation and agitation protocol with EDTA and EASYCLEAN, in order to guarantee that the dental element was sufficiently disinfected to be obturated. It can be concluded that for there to be a greater chance of a favorable prognosis of an endodontic reintervention, it is important to use tools for better irrigation and disinfection of the root canals, together with a good root and coronal sealing. In addition, it is necessary that there is preservation of that dental element for at least 1 year through clinical and radiographic examination, and, over the years, the patient continues to be monitored.

Keywords: Irrigating solution; mechanized instrumentation; root canal.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Radiografia periapical inicial

FIGURA 2- Radiografia periapical da desobturação dos canais.....

FIGURA 3- Prova do cone de gutta percha.....

FIGURA 4- Obturação dos canais com selamento coronário.....

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Comprimento aparente do dente (CAD) dos canais.....

TABELA 2- Limas utilizadas para desobturação dos canais com suas respectivas características.....

TABELA 3- Comprimento real de trabalho (CRT) obtido com a odontometria eletrônica.....

TABELA 4- Limas utilizadas para instrumentação endodôntica de cada canal.....

TABELA 5- Características dos cones de gutta percha utilizados em cada canal.....

LISTA DE ABREVIATURAS

CAD- Comprimento Aparente do dente

CRT- Comprimento real de trabalho

MV- Mesiovestibular

DV- Distovestibular

P- Palatino

MIC- Medicação Intracanal

TCFC- Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 RELATO DE CASO	12
3 DISCUSSÃO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
REFERÊNCIAS.....	24
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	26

1 INTRODUÇÃO

A Associação Internacional para o estudo da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) conceitua a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, proveniente de lesões teciduais. Dentre as dores orofaciais, a de origem dentária tem sido reportada como a mais frequente, impactando negativamente a qualidade de vida. Dentre os fatores de origem dentária, as maiores causas da dor vêm devido à presença de tecido cariado. Quando a cárie está muito extensa, em alguns casos faz-se necessária intervenção mais profunda, como o tratamento endodôntico.

Mesmo após o tratamento endodôntico, devido a uma sintomatologia dolorosa persistente, alguns pacientes precisam de uma nova intervenção. O sucesso na reintervenção endodôntica depende de uma desinfecção eficaz dos canais radiculares. (SANTOS, 2022)

No entanto, sabe-se que a anatomia do sistema de canais radiculares é complexa e a instrumentação do canal principal deixa áreas intocadas, enquanto os canais laterais, istmos e ramificações apicais dependem principalmente dos efeitos químicos de irrigantes (PIMENTEL et al., 2022).

O fracasso endodôntico de canais adequadamente tratados é também causado por bactérias resistentes. Geralmente, a microbiota relacionada a casos de fracasso da terapia endodôntica é caracterizada por micro-organismos anaeróbios facultativos. A bactéria mais prevalente em caso de fracasso do tratamento endodôntico primário é a *Enterococcus faecalis*. (PRADA et al., 2019).

Por isso, é importante lançar mão de soluções irrigadoras comprovadamente eficazes para a limpeza de canais radiculares. O hipoclorito de sódio vem sendo a solução irrigadora mais utilizada, devido à sua forte ação antimicrobiana e sua dissolução de tecido orgânico. Além disso, possui propriedade desodorizante, contém baixa tensão superficial e sua eficácia torna-se maior quando sua concentração aumenta (GUERREIRO et al., 2020).

Diversas técnicas foram desenvolvidas para melhorar a ação destas soluções nos canais radiculares após uma boa instrumentação do canal (Secchi et

al). Dentre elas, a agitação da solução irrigadora com easy clean é uma ferramenta de grande utilidade, uma vez que favorece a limpeza do sistema de canais radiculares em regiões de istmos e de dificuldades anatômicas que normalmente não são contempladas no preparo químico-mecânico convencional.

Além disso, falhas na obturação dos canais podem comprometer o tratamento. O uso do cone de guta percha ideal e devidamente calibrado contribui para um bom selamento radicular. Os cimentos resinosos também permitem a obtenção da união química quando associada ao agente de união aplicada sobre a superfície dentária, proporcionando um aumento da resistência à fratura do dente restaurado, minimizando a ocorrência de microinfiltração (BHANDI ET AL., 2021).

A escolha do material restaurador é um fator significativo na influência do sucesso da terapia endodôntica (KIRZIOGLUZ, et al. , 2011). Uma vez que os materiais restauradores têm o objetivo de se aderir no remanescente da estrutura dentária, aumentando a retenção e resistência do dente à fratura, assim como diminuir a infiltração, evitando com que as bactérias e flúidos da cavidade oral contaminem o canal radicular (COHEN S e HARGREAVES KM , 2011).

O importante é que antes da tomada de decisão da reintervenção endodôntica, se identifique o possível motivo do prognóstico desfavorável. Na maioria dos casos deve-se lançar mão da solicitação de Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico. Após isso, deve-se seguir todas as etapas de cirurgia de acesso, remoção do cone de guta percha, reinstrumentação endodôntica e obturação dos canais radiculares com bastante cautela, tendo em vista que este dente já está fragilizado. (PATEL. et al., 2019).

Assim, este trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de reintervenção endodôntica do elemento dentário 26 com sintomatologia dolorosa. A finalidade da reintervenção é de realizar uma terapia endodôntica a fim de tornar o dente novamente funcional e confortável, permitindo o reparo completo das estruturas de suporte (SPOHR et al., 2022).

2 RELATO DO CASO

Paciente A.L.M.S, 25 anos, sexo feminino, compareceu ao Centro de Pós graduação em Odontologia- CPGO/ Recife referindo necessitar de avaliação do elemento dentário 26. Ela relata que, anteriormente, havia sido realizado tratamento endodôntico neste dente, mas a sintomatologia ainda estava presente, mesmo que em intensidade mais baixa.

Sobre a história da doença, a paciente externou que, há aproximadamente 10 anos, já havia sentido sensibilidade neste dente. No mesmo ano, após uma avaliação clínica do dentista, foi realizado tratamento endodôntico no dente 26, pois, segundo o profissional, o elemento dentário apresentava restauração infiltrada e cárie extensa.

Após o procedimento endodôntico em 2021, a paciente refere que a sensibilidade permaneceu. Ainda relata que, ainda que esporádico, apresentava desconforto considerável, semelhante a “choques”. Paciente sentia bastante angústia e medo de precisar realizar a exodontia deste dente.

Durante sua anamnese, não foi relatada nenhuma comorbidade, alergia ou situação de vulnerabilidade. Sobre a semiologia da sua dor dentária, a sede é localizada, o aparecimento espontâneo e de curta duração.

Ao exame clínico, não foi identificado edema, fístula ou bolsa periodontal. Sentia um leve incômodo na região palatina do dente 26 durante a percussão vertical. Não apresentava mobilidade e a cor do dente normal. Durante o exame de vitalidade pulpar, o único teste que apresentou resultado positivo, de forma sutil, foi ao frio no elemento em questão.

Assim que foi feita a anamnese, a paciente assinou o termo de consentimento para formalizar a permissão para intervir naquele elemento dentário,

além de consentir que todas as imagens e informações pudessem ser publicadas e divulgadas com viés acadêmico (ANEXO A).

Em seguida, foi realizada radiografia periapical para avaliação atual do dente. Percebeu-se que este estava com três canais obturados. Além disso, foi observada cárie em região distal e restauração defeituosa. Observou-se, também, imagem radiolúcida sugestiva de lesão periapical.

Figura 1: Radiografia periapical inicial



(Fonte: Arquivo pessoal)

Foi questionado a paciente se existia a possibilidade dela ter ou conseguir a radiografia anterior para avaliar se houve ou não regressão da lesão. Ela nega. Por isso, pelo fato dela apresentar sintomatologia localizada e ter havido resultado positivo tanto à percussão quanto ao teste térmico, além de ainda haver lesão periapical mesmo após mais de 1 ano do tratamento endodôntico, optou-se por realizar a reintervenção endodôntica.

Em um primeiro momento, foi sendo removido o tecido cariado que havia tanto na mesial quanto distal do elemento em questão- razão essa a qual já justificaria o entendimento que o dente, mesmo com endodontia, ainda estava infectado. Após remover o tecido cariado e localizar os canais, mediu-se, através do compasso e régua milimetrada, o Comprimento Aparente do Dente (CAD), o qual apresentou 16mm nos canais méso-vestibular (MV) e distovestibular (DV) e 19mm no canal palatino (P). Assim, deu-se início a desobturação dos canais.

Tabela 1: Comprimento aparente do dente (CAD) dos canais

CANAL MV	CANAL DV	CANAL PALATINO
16mm	16mm	19mm

Foi utilizada a lima LOGIC RT 30.10, na velocidade 400RPM/2N no terço cervical. Após isso, utilizou-se a lima LOGIC RT 25.08, em terço médio na velocidade 400RPM/2N. Entre uma lima e outra, foi realizada irrigação e aspiração abundantes com Hipoclorito de Sódio 2%. Continuamente, utilizou-se a lima manual (C PILOT- VDW) até conseguir a patência, a qual foi observada através do localizador foraminal EPEX PRO MK LIFE.

Na odontometria eletrônica, obteve-se como Comprimento Real de trabalho (CRT) nos canais MV, DV e P, respectivamente, 17,5mm; 17mm e 18 mm. Após isso, utilizou-se a lima LOGIC RT 20.06, na velocidade 400RPM/2N, até o Comprimento Real de Trabalho (CRT). Após todas essas etapas, foi realizada radiografia para analisar se todo o material obturador havia sido removido, como mostrado na tabela abaixo.

Tabela 2: Limas utilizadas para desobturação dos canais com suas respectivas características.

	VELOCIDADE (RPM)	TORQUE (N)	LOCALIZAÇÃO	CANAIS
LIMA 30.10	400	2	TERÇO CERVICAL	MV, DV E P
LIMA 25.08	400	2	TERÇO MÉDIO	MV,DV E P
LIMA 20.06	400	2	TERÇO APICAL	MV,DV E P

Tabela 3: Comprimento real de trabalho (CRT) obtido com a odontometria eletrônica

CANAL MV	CANAL DV	CANAL PALATINO
----------	----------	----------------

17,5mm	17mm	18 mm
--------	------	-------

Figura 2: Radiografia periapical da desobturação dos canais



(Fonte: Arquivo pessoal)

Assim que foi removido o material obturador, optou-se por irrigar mais abundantemente e fazer uso da medicação intracanal (MIC) tricresol. Para finalizar, optou-se por restaurar a parede mesial com resina composta para conferir maior resistência e menos infiltração ao dente. Em região oclusal, foi restaurado com cimento de ionômero de vidro autopolimerizável RIVA.

Além disso, foi solicitada tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), com FOV pequeno para endodontia, para pesquisar se havia mais de um canal no elemento em questão, além de analisar possíveis anormalidades anatômicas.

Um mês depois, paciente retorna ao CPGO, referindo não ter sentido mais sensibilidade nos dentes. Ao analisar a tomografia, observou-se extensa lesão periapical no elemento 26 e também foi descartada a possibilidade de um 4º canal. Os canais eram acessíveis, sem calcificação, degraus, instrumentos fraturados ou perfurações. Não apresentavam curvatura exacerbada.

Assim, após a desobturação, foi realizada a instrumentação endodôntica com as limas de escolha, respectivamente: RECIPROC BLUE (VDW) 25.08 ;

SEQUENCE ROTARY FILE (MK LIFE) 35.04 e lima X1 BLUE (MK LIFE) 40.06. Os canais mesiovestibular e distovestibular foram instrumentados até a lima 35.04 e o canal palatino, até a 40.06. Durante todo esse processo, foi realizada irrigação e aspiração abundantes com Hipoclorito de sódio 2%

Tabela 4: Limas utilizadas para instrumentação endodôntica de cada canal

CANAL MV	CANAL DV	CANAL P
RECIPROC BLUE (VDW) 25.08	RECIPROC BLUE (VDW) 25.08	RECIPROC BLUE (VDW) 25.08
SEQUENCE ROTARY FILE (MK LIFE) 35.04	SEQUENCE ROTARY FILE (MK LIFE) 35.04	SEQUENCE ROTARY FILE (MK LIFE) 35.04
—	—	X1 BLUE (MK LIFE) 40.06

Em seguida, foi realizado protocolo de irrigação com Easy clean da seguinte forma: 3x20 seg. hipoclorito de sódio 2% + 3x20 seg. EDTA líquido + 3x20 seg. hipoclorito de sódio 2%. Entre as soluções, foi realizada irrigação abundante com soro fisiológico. Após a irrigação, utilizou-se o cone de papel absorvente para secagem de canal.

Através das medidas descritas anteriormente, utilizou-se cone de gutta percha da Odous de Deus, com o tipo de gutta, medidas, tamanhos e referências descritos abaixo:

Tabela 5: Características dos cones de gutta percha utilizados em cada canal

	CANAL MV	CANAL DV	CANAL PALATINO
COMPRIMENTO	16.5 MM	16 MM	17 mm
TIP	45	45	45

CONE DE GUTTA PERCHA	ODOUS DE DEUS (MEDIUM EXTRA LONG)	ODOUS DE DEUS (MEDIUM EXTRA LONG)	ODOUS DE DEUS (MEDIUM EXTRA LONG)
REFERÊNCIA	CÚSPIDE MV	CÚSPIDE DV	CUSPIDE PALATINA

Assim, selecionando os cones de gutta percha, embebedou-os em 5 minutos de hipoclorito de sódio 2% em um recipiente e fez-se a prova do cone.

Figura 3: Prova do cone de gutta percha



(Fonte: Arquivo pessoal)

Com a prova do cone realizada, observou-se que o cone no canal distovestibular ficou aquém. Assim, foi instrumentado novamente com a lima 35..06 e irrigado abundantemente para descartar a possibilidade de ainda haver resto de dentina no canal. Dessa forma, após o cone de gutta percha ser inserido no canal, este estava travando na referência correta.

Foi feita a obturação com cimento obturador Sealer Plus (MK LIFE). Após isso, utilizou-se brocas de baixa rotação e escova para conduto (MK LIFE) para limpeza das paredes da câmara coronária.

Ao final, foi realizado selamento coronário do elemento dentário com ionômero de vidro para forramento Fotopolimerizável Ionofast. Assim, paciente foi encaminhada para restauração definitiva

Figura 4: Obturação dos canais com selamento coronário



3 DISCUSSÃO

O trabalho descrito a seguir trata-se de um relato de caso o qual a terapêutica adotada foi a reintervenção endodôntica no elemento dentário 26. Após realizada a anamnese e o termo de consentimento assinado, foi evidenciado que paciente apresentava saúde favorável e não existia nenhum impeditivo para a realização do tratamento endodôntico.

Optou-se por realizar a reintervenção pois a paciente apresentava sintomatologia dolorosa, testes de percussão vertical e térmicos positivos e lesão periapical extensa, além de restauração defeituosa e cárie. Segundo Santos- Júnior et al, pacientes com presença de sintomatologia clínica, dor ao mastigar, sinais radiográficos desfavoráveis e dentes obturados com exposição à cavidade bucal e à dentina cariada têm indicação de reintervenção endodôntica.

Para a desobturação dos canais, as limas LOGIC RT foram os instrumentos de escolha. Segundo o próprio fabricante, estas apresentam Seção Transversal Hélice Dupla e Tripla, tratamento térmico e são de níquel titânio. Todas essas características fazem com que essa lima rotatória realize uma remoção segura e eficiente da gutta percha nos procedimentos de retratamento endodôntico.

Lopes e Siqueira afirmam que a necessidade de remover o material obturador do canal radicular é a grande diferença entre a terapia endodôntica primária e o retratamento. Para AGRAWAL et al., durante o procedimento, a eliminação total do material obturador do canal radicular é importante principalmente para obter a limpeza e esterilização reais dos canais radiculares.

Com todo o material obturador removido, foi realizado o CRT através do localizador periapical EPEX PRO MK LIFE. Embora a tomada radiográfica seja a técnica mais empregada na determinação do comprimento de trabalho, a odontometria eletrônica apresenta algumas vantagens em relação à odontometria

radiográfica (PEREIRA et al., 2021), apontando uma alta eficiência na determinação do comprimento do canal radicular quando realizado corretamente. (RONDOY GARCÍA, 2019.)

Para o preparo químico-mecânico, foi escolhido o hipoclorito de sódio como solução irrigadora. A solução de hipoclorito de sódio tem sido a substância química mais utilizada no preparo dos canais radiculares. Isso ocorre por conta dos efeitos atribuídos a ela, como a ação solvente de matéria orgânica e seu efeito antimicrobiano (MOHAMMADI et al., 2021)

Após remoção do material obturador, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixe cônico para melhor avaliação do caso. De fato, a tecnologia da TCFC é percebida como uma ferramenta radiográfica com maior precisão, maior resolução, menor dose de radiação e custo reduzido para os pacientes em comparação com outras modalidades de imagem volumétrica para avaliação de tecidos mineralizados (DE BRITO ARAÚJO et al., 2019).

Assim que a paciente retornou após 1 mês, foi realizada a reinstrumentação com irrigação abundante e, ao final, foi realizado um protocolo de irrigação da solução irrigadora com EDTA, soro fisiológico e Hipoclorito de Sódio 2% com agitação de easyclean. A sequência de 3 ativações de 20 segundos de NaOCL, lavagem com água destilada, seguida de 3 ativações de 20 segundos de EDTA (ácido etilenodiamino tetraacético) 17% e por último nova irrigação com NaOCL potencializa o efeito de limpeza dos canais radiculares (GUERRERO et al., 2020).

Além disso, o uso da easyclean contribui satisfatoriamente na remoção de bactérias dos canais radiculares principalmente no terço apical, além de proporcionar maior desinfecção quando comparado a irrigação convencional. (SANTOS; DE ALMEIDA COELHO, 2022.)

Para garantir um bom selamento dos canais principais e acessórios, foi obturado com cones de gutta percha de alto calibre da Odous de Deus, juntamente com o cimento endodôntico SEALER PLUS (MK LIFE). De acordo com SILVA et al, este cimento endodôntico possui biocompatibilidade; libera íons de cálcio; e

apresentam pH elevado, estabilidade dimensional e radiopacidade, fatores estes capazes de garantir uma obturação satisfatória.

Após a obturação abaixo da linha amelo cementária e verificação da posição dos cones de gutta percha na radiografia periapical, foi realizada a limpeza da câmara pulpar com brocas de baixa rotação e escova para conduto (MK LIFE). A adequada limpeza da câmara pulpar é fundamental para evitar a descoloração dental após o tratamento endodôntico (LISBOA et al., 2022)

Foi realizada desde a primeira consulta, restauração com Resina Composta na mesial do elemento dentário 26 e, após obturação, restauração com Ionômero de vidro Fotopolimerizável Ionofast em toda a região. Segundo Júnior, a integridade e durabilidade das restaurações pós tratamento endodôntico são fatores fundamentais no sucesso do tratamento a longo prazo

É importante enfatizar que o tratamento endodôntico não é finalizado após a obturação e restauração final. É necessário que esse paciente seja acompanhado e avaliado através da sua situação clínica e radiográfica. A Sociedade Europeia de Endodontia, recomenda que o controle da lesão periapical seja feito por meio de imagens radiológicas com um período mínimo de até um ano após o término do tratamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que:

- O sucesso do tratamento endodôntico depende de variáveis as quais estão intrínsecas ou extrínsecas ao operador cirurgião dentista
- A reintervenção endodôntica se faz necessária nos casos que há presença de dor, edema ou fístula. Além disso, a radiografia periapical é um grande aliado, pois pode demonstrar alguma anormalidade anatômica, como lesão periapical
- As etapas de reintervenção endodontia devem ser respeitadas e realizadas com bastante cautela. Caso haja necessidade, a utilização das TCFC pode auxiliar no sucesso do tratamento
- As etapas finais de obturação e restauração devem ser respeitosamente executadas, para garantir um bom selamento do canal radicular, câmara polpar e coroa dentária.
- A preservação daquele elemento dentário por pelo menos 1 ano é importante para avaliar o sucesso endodôntico do caso em questão

REFERÊNCIAS

DEL FABBRO, Massimo et al. Endodontic procedures for retreatment of periapical lesions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 10, 2016.

SANTOS-JUNIOR, Airton Oliveira et al. Success or failure of endodontic treatments: A retrospective study. **Journal of conservative dentistry: JCD**, v. 22, n. 2, p. 129, 2019.

AMZA, Oana et al. Etiology and prevention of an endodontic iatrogenic event: instrument fracture. **Journal of Medicine and Life**, v. 13, n. 3, p. 378, 2020.

PRADA, Ilaria et al. Influence of microbiology on endodontic failure. Literature review. **Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal**, v. 24, n. 3, p. e364, 2019.

SIQUEIRA JUNIOR, José Freitas et al. Unprepared root canal surface areas: causes, clinical implications, and therapeutic strategies. **Brazilian oral research**, v. 32, 2018.

PATEL, S. et al. Cone beam computed tomography in Endodontics—a review of the literature. **International endodontic journal**, v. 52, n. 8, p. 1138-1152, 2019.

SPOHR, Andressa Raquel et al. Postoperative pain after endodontic reintervention: a randomized clinical trial. **Brazilian Dental Journal**, v. 33, p. 18-27, 2022.

AGRAWAL, Pratik et al. Evaluation of efficacy of different instrumentation for removal of gutta-percha and sealers in endodontic retreatment: an in vitro study. **J Contemp Dent Pract**, v. 20, n. 11, p. 1269-1273, 2019.

livro lopes e siqueira

PEREIRA, Karina Dutra Pinto et al. Uso de Localizadores Apicais: Revisão de Literatura Use of Apical Locators: Literature Review. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 60594-60603, 2021.

RONDOY GARCÍA, Roberto Favio. Concordancia de la longitud de trabajo obtenida mediante el uso de localizador apical y radiografía periapical convencional en

pacientes atendidos en la clínica estomatológica de una universidad privada, Piura 2019. 2019.

MOHAMMADI, Zahed et al. A Review on Root Canal Irrigation Solutions in Endodontics. **Journal of Dental Materials & Techniques**, v. 10, n. 3, 2021.

AZEVEDO ARAUJO, EDUARDO; DE OLIVEIRA, VICTOR VALTER. MEDICAÇÕES INTRACANAL UTILIZADAS NA ENDODONTIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. 2022.

DE BRITO ARAÚJO, Tharles Lindenberg et al. Aplicação da tomografia computadorizada de feixe cônico no diagnóstico odontológico—Revisão de literatura. **Revista uningá**, v. 56, n. S7, p. 43-56, 2019.

GUERREIRO, M. Y. R. et al. The influence of the addition of surfactants to sodium hypochlorite on the removal of hard tissue debris. **International Endodontic Journal**, v. 53, n. 8, p. 1131-1139, 2020.

SANTOS, Gilson Róger Amaral; DE ALMEIDA COELHO, Jéssica. O USO DO EASY CLEAN NA ATIVAÇÃO DAS SOLUÇÕES IRRIGANTES. **Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2022.

BHANDI, Shilpa et al. Complete obturation—Cold lateral condensation vs. Thermoplastic techniques: A systematic review of micro-CT studies. **Materials**, v. 14, n. 14, p. 4013, 2021.

SILVA, Evelin Carine Alves et al. Biocompatibility and bioactive potential of new calcium silicate-based endodontic sealers: Bio-C Sealer and Sealer Plus BC. **Journal of Endodontics**, v. 46, n. 10, p. 1470-1477, 2020.

RABELO, Gyulia Machado Lisboa et al. Escurecimento dental causado por cimentos endodônticos: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, p. e583111234847-e583111234847, 2022.

JUNIOR¹, Wander Padovani Altoé et al. Influência da restauração e da obturação em dentes tratados endodonticamente.

SOUSA, Marcos Murilo Silva de. Avaliação da dor pós-operatória no tratamento endodôntico após o uso da técnica rotatória e recíproca: revisão de literatura. 2020.

MACEDO, Otavio et al. O uso do hipoclorito de sódio (NaOCl) como solução irrigadora para o tratamento endodôntico. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 12, n. 2, p. 43-47, 2021.

FONSECA, F. B¹ et al. REABILITAÇÃO ESTÉTICA ANTERIOR COM PINO DE FIBRA DE VIDRO E FACETA DIRETA EM RESINA COMPOSTA—RELATO DE CASO. **Cadernos de Pesquisa Campus V**, p. 3, 2021.

PIMENTEL, Giovanna et al. Métodos de agitação das soluções irrigadoras: uma revisão de literatura. **RSBO**, v. 19, n. 1, p. 171-83, 2022.

ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA
Coodenador Prof Dr Glauco Ferreira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este termo, eu, Anna Karina Melquiades, paciente (ou responsável legal do

(a) menor _____, portador (a) do RG / CPF 705.304.074-77, declaro que o cirurgião-dentista DENTISTA, Maria Augusto inscrito no CRO/PE sob o nº 14950, profissional este escolhido por mim para realizar:

- () Tratamento Endodôntico (de canal)
() Retratamento Endodôntico
() Cirurgia Parendodôntica

No elemento dentário 26, me apresentou o plano de tratamento à ser realizado na clínica escola do curso de Especialização em Endodontia.

Ainda, declaro que li as seguintes informações relacionadas ao meu tratamento:

FICHA DE ANAMNESE

1. Confirmando que a ficha de anamnese foi por mim preenchida e assinada com informações que correspondem à verdade dos fatos, especialmente no que diz respeito às minhas condições de saúde geral e bucal.
2. Não omiti ou suprimi qualquer dado quanto a doenças preexistentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não. Estou ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos podem interferir negativamente no planejamento e no andamento do meu tratamento, além da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo, em casos extremos, ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral.

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO

3. Fui informado (a) que tenho a necessidade de realizar tratamento endodôntico no(s) elemento(s) dentário(s) 26, mas que possuo o direito de escolher não me tratar, estando consciente que se eu não passar pelo devido tratamento odontológico, poderei ter minha saúde comprometida com perda do dente, além de abscessos dentais, angina de Ludwig, trombose do seio cavernoso e outras graves infecções, que podem gerar problemas cardíacos e em casos extremos, até o óbito.
4. Considerando minha queixa e, após avaliação clínica e de exames complementares, confirmo que o profissional esclareceu sobre o seu diagnóstico, me informando sobre as condições do elemento dentário, incluindo os riscos (fratura de lima / instrumentos)

uso em publicações científicas, com exibição das mesmas com finalidade didático-acadêmica, inclusive em redes sociais - mas sem identificação do paciente – conforme previsto no Código de Ética Odontológica e em acordo com a Res.196/2019 do CFO:

() Sim () Não

Por último, afirmo que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e compreender todas as informações constantes neste documento antes de sua assinatura. Apesar de estar plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de apresentar novas dúvidas que surgirem durante o tratamento ao profissional.

Recife, 06 de novembro de 2022.

Ana Luiza M. Souza

Assinatura do (a) Paciente ou responsável legal



- 14952

Cirurgião-Dentista | CRO-PE

