



Faculdade Sete Lagoas

Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011  
Portaria MEC 033/2014 - D.O.U. 29/01/2014



Thais Paiva Moraes

Tratamento endodôntico em dente decíduo com reabsorção  
interna

Marília

2019

Thais Paiva Moraes

Tratamento endodôntico em dente decíduo com reabsorção  
interna

10 de outubro de 2019

Thais Paiva Moraes

Tratamento endodôntico em dente decíduo com reabsorção interna

Trabalho de conclusão de curso, especialização; FACSETE Faculdade Sete Lagoas; Odontologia.

Murilo Priori Alcalde

Marília

2019

Thais Paiva Moraes

Tratamento endodôntico em dente decíduo com reabsorção  
interna

Monografia apresentada ao curso de  
especialização Lato sensu  
FACSETE Faculdade Sete Lagoas,  
como requisito parcial para  
conclusão do Curso de Odontologia.

Área de concentração: endodontia.

Orientador: Murilo Priori Alcalde.

MARÍLIA

2019

Paiva Moraes, Thais

Tratamento endodôntico em caso de reabsorção interna: tratando dente decíduo/Thais Paiva Moraes - 2019

Orientador: Murilo Priori Alcalde

Monografia (especialização) – FACSETE Faculdade Sete Lagoas, endodontia  
2019

FACSETE Faculdade Sete Lagoas, 2019

1.Reabsorção radicular interna. 2. Tratamento endodôntico em decíduo

I. Título

II. Murilo Alcalde



Faculdade Sete Lagoas

Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011  
Portaria MEC 033/2014 - D.O.U. 29/01/2014



Monografia intitulada “Tratamento endodôntico em dente decíduo com reabsorção interna” de autoria do aluno Thais Paiva Moraes, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

#### BANCA EXAMINADORA

---

Murilo Priori Alcalde – Universidade São Paulo – Orientador

---

- Examinador

MARÍLIA

2019

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor orientador Murilo Priori Alcalde por sua dedicação e esclarecimento de dúvidas ao longo do curso.

A todos os professores da Especialização por seu empenho em nos fazer aprender novas técnicas e no auxílio durante as clínicas.

A Dra. Shelma Jabur que confiou na minha aptidão para atender em seu consultório.

A minha família que me apoiou e ajudou para que eu pudesse me dedicar a esta jornada.

“A vida é um aprendizado constante, a cada dia a cada instante.”



## **Tratamento endodôntico de dente decíduo com reabsorção interna**

### **RESUMO**

A reabsorção interna é uma patologia decorrente de um processo inflamatório do tecido pulpar e caracterizada pela reabsorção das paredes dentinárias da cavidade pulpar pela ação dos dentinoclastos. Normalmente, se inicia devido danificação da camada odontoblástica e pré-dentina, resultando na exposição da dentina mineralizada diretamente ao tecido pulpar inflamado, o qual é rico em células reabsortivas. O tratamento ideal para estes casos é a Biopulpectomia para promover a paralisação imediata da reabsorção, pois é um processo dependente da vitalidade pulpar. O objetivo deste trabalho foi relatar o tratamento endodôntico de um dente decíduo portador de reabsorção interna na região coronária. Um paciente de 3 anos de idade foi levado a clínica odontológica devido alteração da coloração do dente 51 após um traumatismo. Durante o exame clínico e radiográfico foi diagnosticado que se tratava de uma reabsorção interna, sendo necessário o tratamento endodôntico. O paciente foi submetido ao tratamento endodôntico e sucessivas trocas de medicação intracanal durante 3 meses para paralisação da reabsorção e melhora da alteração de cor da coroa dentária. Após este período, houve uma melhora significativa da coloração da coroa dentária e, então, o dente foi obturado com pasta de óxido de zinco e propilenoglicol. O tratamento realizado se mostrou efetivo, sendo possível controlar o processo reabsortivo e melhorar estética do paciente.

**Palavras-chave:** Endodontia, Dente decíduo, reabsorção interna.

## **ABSTRACT:**

Internal resorption is a pathology caused by an inflammatory process of the pulp tissue and characterized by the resorption of the dentinal walls of the pulp cavity by the action of dentinoclasts. It usually begins due to damage to the odontoblastic layer and pre-dentin, resulting in exposure of mineralized dentin directly to inflamed pulp tissue, which is rich in resorptive cells. The ideal treatment for these cases is biopulpectomy to stop immediately the resorption, as it is a process dependent on pulp vitality. The aim of this study was to report the endodontic treatment of a primary tooth with internal resorption in the coronary region. A 3-year-old patient was taken to a dentist because of a the modification of the tooth color 51 after a trauma. During the clinical and radiographic examination it was diagnosed that it was an internal resorption, requiring endodontic treatment. The patient underwent endodontic treatment and successive renovation of intracanal medication for 3 months to stop resorption and improve the color change of the dental crown. After this period, there was a significant improvement in the crown color and then the tooth was filled with zinc oxide and propylene glycol paste. The treatment was effective, being possible to control the resorptive process and improve the patient's aesthetics.

**Keywords:** Endodontics, primary tooth, internal resorption.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
RELATO DO CASO CLÍNICO.....	14
DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÃO.....	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21



Portaria MEC 299/2011 - D.O.U. 25/03/2011  
Portaria MEC 033/2014 - D.O.U. 29/01/2014



## Introdução

A reabsorção radicular interna é um evento patológico associado a injúrias causadas às camadas de pré-dentina e odontoblastos de um ou mais elementos dentários (LOPES et al., 2004; RUIZ et al., 2002), quando isso ocorre há perda de tecido mineralizado por ação das células clásticas. Essa patologia pode ser provocada por fatores traumáticos ou infecciosos, como por exemplo: luxação, intrusão, fratura coronária, movimentos ortodônticos impróprios, tecido patológico (cistos e neoplasias), pulpites, cáries extensas, restaurações muito profundas e etc (CONSOLARO et al., 2012).

Consolaro (2011) afirma que as reabsorções ocorrerem na polpa propriamente dita e são assintomáticas, pois a quantidade de mediadores presentes não é suficiente para causar qualquer desconforto ao paciente, não liberando também toxinas para as células. Clinicamente só é possível observar quando se inicia na câmara pulpar, presente na coroa do dente, quando isso ocorre observa-se uma “mancha rosa” que pode ser vista por transparência através do esmalte (CONSOLARO, 2005).

Esta patologia pode ser letal para os elementos envolvidos quando não diagnosticada e tratada precocemente, visto que é um processo contínuo e paralisa-se apenas com a remoção do tecido pulpar (Consolaro

2011). As reabsorções são descobertas em exames radiográficos de rotina, tendo um aspecto radiolúcido simétrico de formato ovoide ou arredondado no interior do canal radicular (RUIZ et al., 2002). Para eficácia do tratamento, é essencial a extirpação do tecido pulpar, limpeza da área reabsortiva e emprego de curativos intracanaís a base de Hidróxido de Cálcio para deposição da barreira, viabilizando a obturação do canal radicular posteriormente. (VERDE S, 2002).

É de suma importância a intervenção do tratamento, ainda que a reabsorção interna seja uma condição relativamente rara, sua progressão possivelmente irá resultar na perda do elemento dentário. A dentina é vista pelo organismo como um antígeno e, devido a isso, quando o processo se inicia, ele tende a não se interromper até que todo “corpo estranho” seja reabsorvido (Consolaro 2011). No caso dos dentes decíduos, a perda precoce do elemento dentário pode resultar em cirurgias futuras para tracionamento do dente permanente, perda de espaço e constrangimento do paciente no convívio social.

De acordo com os fatos expostos e da importância do diagnóstico clínico bem como a intervenção precoce das reabsorções dentinárias internas, é de fundamental importância o conhecimento da conduta ideal para o sucesso do tratamento. Portanto, o objetivo deste trabalho foi relatar o caso e o tratamento executado em um dente decíduo portador de reabsorção interna.

## RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino, 3 anos e 10 meses, a responsável (mãe) procurou a Clínica Odontológica devido ao filho ter sofrido um traumatismo na região da face e, conseqüentemente, houve o escurecimento do elemento 51. Durante a anamnese a responsável relatou que o traumatismo havia ocorrido a aproximadamente há 1 ano, mas o escurecimento ocorreu após 3 meses.

Durante o exame clínico constatou-se que o elemento 51 encontrava-se com a região coronária arroxeadada no nível de terço médio e cervical (Figura 1), suspeitando-se imediatamente de uma reabsorção interna. Então, durante o exame radiográfico contatou-se um aumento significativo do tamanho da câmara pulpar do elemento 51 (Figura 2).



Figura 1. Imagem inicial demonstrando a alteração de cor do elemento 51



Figura 2. Imagem radiográfica inicial com alteração ovalar na luz do canal radicular.

Após a avaliação clínica e radiográfica o diagnóstico foi de reabsorção interna de origem traumática. O tratamento indicado para estas situações é o tratamento endodôntico. O teste de sensibilidade pulpar não foi realizado pois é contraindicado em pacientes tão jovens, pois haveria extrema dificuldade de obter informações sobre a sensibilidade. Além disso, independentemente da vitalidade pulpar ou não do tecido pulpar, seria indicado o tratamento endodôntico.

O paciente foi anestesiado com anestesia terminal infiltrativa do dente 51 com mepivacaina sem vasoconstrictor (MEPISV 3%) e realizada a abertura coronária com pontas diamantadas 1012 e tronco-cônica 3080 (FG-KG) Então, realizou-se o isolamento absoluto para início do tratamento endodôntico.

A técnica de preparo dos canais radiculares empregada foi a técnica Progressiva com instrumentos reciprocantes 25.06 (X1 Blue File, Mk Life, Porto Alegre, Brasil) e Rotatórios 35 e 40.04 (Sequence Rotary File, Mk Life, Porto Alegre, Brasil) com o objetivo de reduzir o tempo de trabalho e manter o controle sobre o manejo do paciente. A solução irrigadora de escolha foi o Hipoclorito de Sódio a 1% (Solução de Milton – Asfer) pelo fato do tecido pulpar encontrar-se vital, havendo principalmente a necessidade de dissolução tecidual.

Inicialmente, o canal radicular foi inundado com 2,5 mL de solução irrigadora e o preparo do terço cervical e médio do canal com instrumento X1 Blue File 25.06 (comprimento aparente do dente – 3 mm). Então, foi realizada a odontometria com localizador foraminal eletrônico (Eighteeth). O preparo do terço apical foi realizado com instrumento recíprocante 25.06 e finalizado o batente apical com instrumento rotatório 35 e 40.04 do sistema Sequence Rotary File. Durante o preparo foi realizada a irrigação 2.5 mL de solução irrigadora a cada troca dos instrumentos. Ao final, foi aplicado EDTA 17% por 3 minutos, neutralização do EDTA com solução fisiológica (Eurofarma) e secagem dos canais com pontas de papel estéreis (MK Life, Porto Alegre, Brasil). A medicação intracanal de escolha foi a pasta de Hidróxido de Cálcio em associação com propilenoglicol e o dente foi selado com selador (Coltosol-Coltene) (Figura 3).



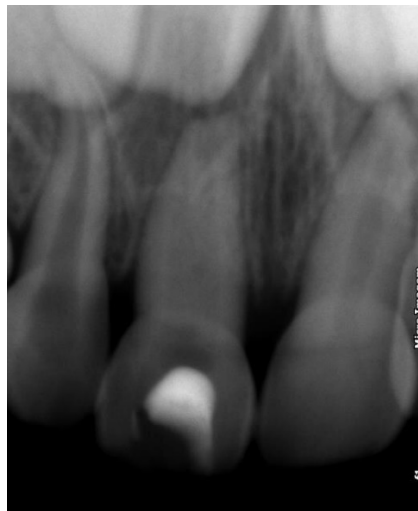


Figura 3. Imagem radiográfica posterior à primeira sessão de tratamento.

Após 20 dias de medicação, o paciente retornou e constatou-se uma suave melhora na coloração da coroa dentária (Figura 4). Portanto, optou-se de uma nova irrigação copiosa do canal radicular para remoção da medicação e de possíveis remanescentes teciduais das áreas reabsortivas e nova troca de medicação intracanal com pasta de Hidróxido de cálcio. Estes procedimentos citados anteriormente foram realizados até que houvesse uma melhora significativa da coloração da coroa dentária, totalizando aproximadamente 3 meses (Figura 5). Então, foi realizado a obturação do canal radicular com óxido de zinco e propilenoglicol e o dente foi restaurado (Figura 6).



Figura 4. Imagem registrada 20 dias após o início do tratamento



Figura 5: Imagem do dente 51 após 3 meses do início do tratamento, sendo possível nota a melhora da coloração da coroa dentária



Figura 6: Imagem radiográfica da obturação e restauração final do dente 51.

## DISCUSSÃO

As reabsorções dentárias é uma patologia silenciosa que pode acometer dentes permanentes ou decíduos. Além disso, pode ocorrer em nível de câmara pulpar ou no interior do canal radicular (HOVLAND e DUMSHA, 1999). Quando uma reabsorção dentária interna ocorrer em nível de câmara pulpar, pode ocorrer alteração do croma dentário (HOVLAND e DUMSHA, 1999). Segundo Lopes et al. (2004) embora as reabsorções sejam assintomáticas na maioria das vezes, quando ocorre uma comunicação do meio interno do espaço pulpar com o periodontal, poderá haver a presença de sintomas dolorosos.

Todos os dentes humanos estão susceptíveis a instalação desta patologia, porém os dentes anteriores são os mais acometidos. Isso se deve ao fato da dentição anterior estarem mais predispostas a traumatismo ou qualquer injúrias no dia a dia, o que são fatores desencadeantes para uma reabsorção (MAISTO, 1976).

A partir do diagnóstico clínico e radiográfico, é de fundamental importância a extirpação do tecido pulpar e remoção do tecido de granulação da área reabsortiva, independentemente de ser uma reabsorção comunicante ou não. Além disso, faz-se necessário a inserção da medicação intracanal com pasta de hidróxido de cálcio para alcalinização do meio interno e paralização da área reabsortiva (Palo et al., 2001, LOPES et al., 2004). Por esta razão, o procedimento deste presente caso clínico foi varias consultas para a limpeza, preparo e trocas de medicação intracanal, assegurando uma completa limpeza do sistema de canais e paralização da reabsorção.

Após o restabelecimento do croma dentário e averiguação da paralização da reabsorção, faz-se necessário a obturação do canal radicular. Para este caso, foi realizado uma obturação com óxido de zinco e propilenoglicol com o objetivo de ocupação de espaço e ser reabsorvido no momento da esfoliação dentária. Além disso, o óxido de zinco não promove escurecimento dentário, sendo uma alternativa aos métodos que empregam iodofórmio, causando alteração do croma da coroa (Verdes 2002).

O controle clínico e radiográfico demonstrou a completa paralização da reabsorção interna e melhora do croma dentário, demonstrando que o tratamento foi eficiente. Além disso, torna evidente a importância do diagnóstico e tratamento precoce para o sucesso do caso.

## **CONCLUSÃO**

O diagnóstico clínico e radiográfico, juntamente com uma anamnese bem executada, pode evidenciar problemas enquanto estes ainda podem ser solucionados, pois quanto mais precoce forem detectadas as reabsorções radiculares internas, melhor será o prognóstico e o sucesso do tratamento realizado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SOARES, J. A.; QUEIROZ, C. E. S. Periapical – Aspectos Clínicos, Radiográficos e Tratamento da Reabsorção Óssea e Radicular de Origem Endodôntica. JBE, ano 2, v.2, n.5, p.124-35, abr./jun.2001.
- LOPES, H. P.; RÔÇAS, I. N.; SIQUEIRA JR. Reabsorção Dentária. In: SIQUEIRA JR., J. F.; LOPES, H.P. In: LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR., J. F. ENDODONTIA – Biologia e Técnica. 2 a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. Cap. 27, p. 837-70.
- BARBOSA, S.V. Terapêutica Endodôntica. São Paulo: Santos, 1999. 254p.
- CÁRDENAS, P. M. C.; ESBERARD, R. M.; SILVA, R. S. F. Influência das Trocas de Diferentes Pastas de Hidróxido de Cálcio na Alcalinização da Superfície Radicular de Dentes Humanos Recém-Extraídos. JBE, ano 2, n.4, p.47-53, jan./mar. 2001.
- MAISTO, O. A. Endodoncia. Buenos Aires, Editorial Mundi S. A., 1976.
- HOVLAND, E. J.; DUMSHA, T. C. Problemas no Tratamento da Reabsorção Dentária. In: GUTMANN, J. L.; DUMSHA, T. C.; LOVDAHL, P. E.; HOVLAND, E. J. Solução de Problemas em Endodontia – Prevenção, Identificação e 8 Tratamento. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. Cap. 10, p. 208- 27.
- VERDE S., S. B. Aplicações Clínicas do Hidróxido de Cálcio na Terapia Endodôntica. Journal of Endodontics Practice, ano 1, n.2, p.52-69, fev./abr. 2002.
- PRATA, M. I. A.; VILLA, N.; RODRIGUES, H. A.; CARDOSO, R. J. A. Avaliação da Reabsorção Radicular Apical Externa e Interna, em Dentes com Lesões Periapicais. JBE, Curitiba, v.3, n.10, p.222-28, jul./set. 2002.

Marília, 10 de outubro de 2019