

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

Marcele Walmsley Nery de Sá Moraes

**SISTEMA ROTATÓRIO EM TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE
DECÍDUO: relato de caso**

Recife, PE

2021

Marcele Walmsley Nery de Sá Moraes

**SISTEMA ROTATÓRIO EM TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE
DECÍDUO: relato de caso**

Monografia apresentada ao curso de Especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, do Centro de Pós-Graduação em Odontologia – CPGO, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Profa. Aline Pimentel Silva

Área de concentração: Endodontia

Recife

2021



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

Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

Marcele Walmsley Nery de Sá Moraes

**SISTEMA ROTATÓRIO EM TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DENTE
DECÍDUO: relato de caso**

Aprovada em 02 / 10 / 2021 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof^a Me. Grasiela Assis da Costa Lima - CPGO

Profa. Me. Kamylla Yolanda de Souza e Silva - CPGO

Profa. Me. Aline Pimentel Silva - CPGO

Recife - PE, 02 de Outubro de 2021.

Faculdade Sete Lagoas – FACSETE
Rua Itália Pontelo, 50/86 - Chácara do Paiva
Sete Lagoas - MG - CEP 35700-170. Tel.: (31) 3773-3268
Email: contato@facsete.edu.br

AGRADECIMENTOS

É com grande alegria que concluo minha pós-graduação em Endodontia. Enfrentamos inúmeros desafios, sendo os maiores desafios a pandemia do Covid-19, a gestação de minha caçula e o puerpério durante a pandemia, a volta aos atendimentos em ambiente contaminado, o aleitamento durante os finais de semana de curso e a confecção deste trabalho.

Agradeço à equipe da pós-graduação CPGO-FACSETE por todo conhecimento compartilhado e por todo carinho e suporte prestado durante esses dois anos e meio juntos, todos vocês foram essenciais para me tornar a Endodontista que hoje me torno, em especial ao professor Glauco Ferreira, com quem compartilho conhecimentos desde a minha graduação, e a minha orientadora Aline pela ajuda e calma comigo para a confecção deste trabalho.

Agradeço aos pacientes, quem me proporcionaram tanto aprendizado, pela paciência e complacência.

Agradeço à minha família, por todo apoio e doação, por cuidarem com tanto amor de minhas filhas sempre que precisei me ausentar para o curso.

Agradeço a minha mãe Rossana, primeiro por me ter mostrado a Odontologia desde a infância, mas também pelo cuidado com minhas pequenas em todos os finais de semana de curso, sempre com frutas, sopa quentinha e o coração bem grande para ficar com as netinhas.

Agradeço a meu marido Victor por ter sido resistência, por ter se deslocado tantas vezes para fazer o “drive-thru da amamentação”, pelos finais de semana inteiros dedicados às pequenas, sempre estando presente em tudo e cuidando de nossas filhas com muito afeto.

Agradeço a minhas filhas Beatriz e Mariana por serem eternas doçuras e carinho em minha vida. Elas são quem me movem, me dão forças de onde não tenho e me fazem sempre querer ir além. Obrigada, meus amores, minhas pequenas, por serem luz em meu caminho.

Por último, e não menos importante, agradeço a Deus pela dádiva da vida, por escutar meu coração e me dar a mão quando necessitei.

Dedico este trabalho a Sophia, a minha eterna fonte de saber,

Amadurecimento e resistência. Te amo, princesa!

RESUMO

O tratamento endodôntico em dentes decíduos objetiva a limpeza e desinfecção dos condutos radiculares visando a manutenção do dente na arcada dentária até que ocorra a esfoliação fisiológica do mesmo. O uso de instrumentais mecanizados para a realização desta terapia é relativamente recente e ainda pouco explorado na literatura. Este estudo relatou o tratamento endodôntico com uso de instrumentos manuais e rotatórios de um molar decíduo. Paciente do sexo masculino, 7 anos de idade, com dor e fístula na região do dente, foi diagnosticado com abscesso crônico após erro em seu primeiro diagnóstico. Foi realizado tratamento endodôntico com auxílio de sistema rotatório e localizador apical, afim de encurtar as sessões e ter maior previsibilidade no resultado. O relato exalta a importância do correto diagnóstico e tratamento efetivo para eliminação de foco infeccioso na Odontopediatria e manutenção de espaço na arcada até esfoliação fisiológica do dente decíduo, abordando protocolos e desafios no atendimento realizado.

Palavras-chave: dente decíduo; pulpectomia; abscesso crônico; endodontia.

ABSTRACT

Endodontic treatment in primary teeth aims cleaning and disinfecting root canals and maintaining the tooth in the dental arch until its physiological exfoliation occurs. The use of mechanized instruments to perform this therapy is relatively and still poor explored in the literature. This study reported a endodontic treatment using manual and rotary instruments of a primary molar. A 7-year-old male patient with pain and fistula in the tooth region was diagnosed with chronic abscess after an error in his first diagnosis. Endodontic treatment was performed with the aid of a rotatory system and apical locator, in order to shorten the preparation and have greater predictability in the result. The report emphasizes the importance of correct diagnosis and effective treatment to eliminate the infectious focus in Pediatric Dentistry and maintain space in the arch until physiological exfoliation of the primary tooth, addressing paths and challenges in the care provided.

Key Words: primary tooth; pulpectomie; chronic abscesso; endodonty.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Radiografia inicial do 84

FIGURA 2 – Radiografia do 84 após obturação

FIGURA 3 – Radiografia final do 84 após reintervenção

FIGURA 4 – Radiografia do 84 após 03 meses da reintervenção

FIGURA 5 – Radiografia do 84 após 18 meses da reintervenção

ABREVIATURAS E SIGLAS

CT - Comprimento de Trabalho;

CAD - Comprimento Aparente do Dente;

EUA - Estados Unidos da América;

ZOE - Cimento de Óxido de Zinco e Eugenol;

PMCC - Paramonoclorofenol Canforado;

CRT - Comprimento Real de Trabalho

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 RELATO DE CASO.....	11
3 DISCUSSÃO.....	16
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
ANEXO A.....	23

1 INTRODUÇÃO

A cárie é uma doença infecciosa crônica prevenível que afeta crianças e adultos no mundo todo, sendo considerada um problema de saúde pública. Quando não tratada precocemente, pode evoluir e comprometer a vitalidade da polpa dentária (FARIA *et al.*, 2016).

A infecção dos condutos radiculares e periapicais como consequência da cárie dentária é um problema frequentemente encontrado na Odontopediatria, e requer terapia adequada para a sua resolução (GISSELA, 2016).

A perda precoce de dentes decíduos também é uma das consequências da cárie, podendo acarretar problemas dento-dentais, dento-alveolares, oclusais e esqueléticos, como o encurtamento do comprimento do arco dentário, principalmente quando se trata da perda dos segundos molares decíduos, pois estes servem de guia para a erupção dos primeiros molares permanentes (CERNEI, 2015).

Visando a manutenção do dente decíduo no arco dentário até a sua esfoliação fisiológica e substituição pelo seu sucessor, o tratamento endodôntico nestes dentes tem como objetivo manter o dente assintomático e livre de lesões associadas na cavidade bucal (BARASUOL, 2021).

A indicação de terapia pulpar radical ocorre quando a inflamação pulpar é irreversível, comprometendo a manutenção do dente decíduo em boca. Além disso, tem sido discutido na literatura a utilização de sistemas mecanizados para otimização do tempo e do tratamento endodôntico em dentes decíduos, com melhor conicidade nos preparos. (CORREA *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2020)

Dessa forma, esse trabalho objetiva relatar a conduta clínica na realização de tratamento endodôntico em dente decíduo com uso de sistema rotatório e localizador foraminal.

2 RELATO DE CASO

Paciente A.M.A.L, leucoderma, gênero masculino, 07 anos de idade, compareceu ao consultório odontológico encaminhado para a realização de exodontia do elemento dentário 83. O genitor referiu passado recente de tentativas de exodontia do 83, sem sucesso. Na anamnese, genitor nega doenças progressas ou atuais, alergias ou uso de medicações pelo paciente e relata ainda que o menor vinha referindo dor no elemento dentário em questão.

O paciente foi então submetido ao exame físico, no qual foi observado ligeiro abaulamento em mucosa da região vestibular do elemento 83, compatível com o aspecto de uma fístula. Este elemento encontrava-se hígido, porém foi observada a presença de restauração mal adaptada e pigmentada em faces mésio-oclusal do 84.

A radiografia foi realizada segundo a técnica descrita por Casati-Alvares para molares decíduos, que consiste na dobra do filme periapical adulto em sua metade em 90° em seu maior comprimento, com a face sensível da película voltada para dentro da dobradura e um rolete de algodão fixado no local onde a criança irá morder o filme, para estabilizá-lo (CORREIA *et al.*, 2017).

A radiografia evidenciou o espessamento da lâmina dura na região periapical da raiz mesial e rarefação óssea em região de furca do 84, com presença de cripta óssea do elemento dentário 44 íntegra.



Figura 1. – Radiografia inicial do 84

Na primeira sessão, após a radiografia diagnóstica, foi realizada a determinação do comprimento de trabalho (CT) ou comprimento aparente do dente (CAD) -1mm, anestesia tópica com Benzocaína (Benzotop®, Nova DFL, Rio de Janeiro, Brasil) seguida de anestesia infiltrativa com agulha extra-curta e 1 tubete de Lidocaína 2% com Noradrenalina 1:50.000 (Xylestesin®, Cristália, São Paulo, Brasil) e isolamento absoluto com uso do grampo 00 (SS White-Duflex, Brasil) e lençol de borracha (MK Life, Londrina, PR, Brasil).

Foi realizada a total remoção da restauração do dente 84 com broca diamantada 1014 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil) acoplada à alta rotação, além do uso de stop de silicone na broca para o acesso seguro à câmara pulpar. Para a regularização das paredes circundantes para atingir a forma de conveniência, foi utilizada a broca tronco-cônica de ponta inativa Endo Z® (Angelus, Londrina, PR, Brasil).

Após abertura coronária, prosseguiu-se com a exploração dos canais radiculares com lima manual do tipo Kerr (LK) 10# (K-File®, Dentsply-Maillefer, Ballaigues, Suíça), de 21mm, demarcada em CT - 1mm e irrigação com agulha Endo Eze Tips® (Ultradent Products Inc., EUA), aspiração com sugador endodôntico (Flex Suctor Endodôntico®, Angelus, Londrina, PR, Brasil) e inundação da câmara pulpar com hipoclorito de sódio 2,5% (Brilux®, Raimundo da Fonte AS, Pernambuco, Brasil) diluído 1:1 em soro fisiológico estéril.

Optou-se por concluir a primeira sessão pois apesar do canal mesial estar necrosado (necropulpectomia), o canal distal estava vital e sintomático (biopulpectomia) dificultando sua exploração, apesar de anestesiado. Foi inserida na câmara pulpar a medicação intracanal (Formocresol®, Biodinâmica Química e Farmacêutica, Paraná, Brasil) em pelota de algodão estéril e realizada restauração em ionômero de vidro (Maxxion R®, FGM, São Paulo, Brasil). Foi então realizada a drenagem da secreção purulenta com ponta de sonda exploradora estéril puncionada sobre a lesão localizada na mucosa bucal.

Na segunda sessão, após sete dias da primeira intervenção, foi realizado isolamento absoluto e anestesia, seguidos de instrumentação manual na técnica coroa-ápice com LK 15# e 20# (Dentsply-Maillefer®, Ballaigues, Suíça), oscilando em $\frac{1}{4}$ de volta para a direita e $\frac{1}{4}$ de volta para a esquerda

alternadamente, até o CT -1mm, irrigando, aspirando e inundando a câmara pulpar com a clorexidina 2% gel (Villevie®, Santa Catarina, Brasil), como solução irrigadora, e soro fisiológico a cada troca de lima. O comprimento real de trabalho (CRT) ou CT foi determinado através de localizador apical (J. Morita MFG Corp., Kyoto, Japão), removendo-se 1mm do comprimento real do canal.

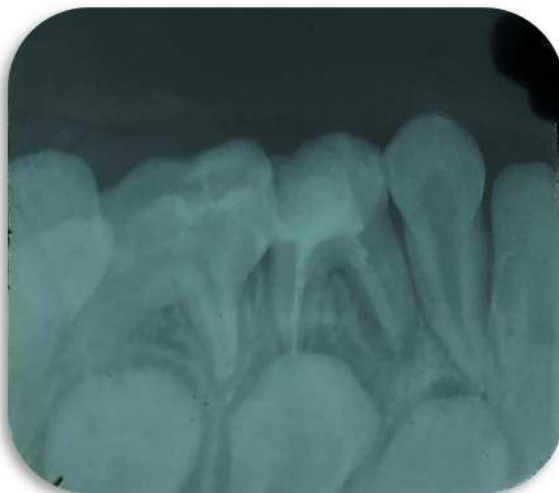


Figura 2. – Radiografia do 84 após obturação

Como o paciente encontrava-se inquieto durante esta sessão, optamos por concluir a instrumentação dos canais radiculares em outra sessão. Foi colocada medicação intracanal (Formocresol®, Biodinâmica Química e Farmacêutica, Paraná, Brasil) em pelota de algodão estéril e realizada a restauração em ionômero de vidro (Maxxion R®, FGM, São Paulo, Brasil).

Na terceira sessão, após anestesia e isolamento absoluto, foi realizada instrumentação rotatória, visando encurtar a sessão endodôntica, com as limas em níquel-titânio (NiTi) Sequence Baby File® (MK Life, Londrina, PR, Brasil) 17.08# até o CT -2mm e 20.04# até CT -1mm, com 350 RPM, torque de 1,5 N e movimentos de vai e vem, e irrigação com clorexidina 2% gel (Villevie®, Santa Catarina, Brasil) e soro fisiológico estéril. Para a instrumentação rotatória, foi utilizado o motor endodôntico X-Smart Plus (Dentsply-Maillefer®, Ballaigues, Suíça). A patência dos canais foi realizada com LK 10# (Dentsply-Maillefer®, Ballaigues, Suíça) no CT.

Ao concluir a instrumentação, os canais radiculares receberam irrigação final com EDTA a 17%, soro fisiológico e clorexidina 2% gel, e foram secados

com auxílio de pontas de papel absorvente estéreis (MK Life, Londrina, PR, Brasil) e prosseguiu-se à obturação dos canais com a pasta obturadora reabsorvível Feapex® (Fórmula e ação, São Paulo, SP, Brasil).



Figura 3. – Radiografia final do 84 após reintervenção

Por fim, foi realizada tomada radiográfica para verificação do preenchimento dos condutos, todavia foi constatado o preenchimento parcial do canal mesial do 84 com a pasta obturadora, pois a ponta de inserção da pasta se rompeu lateralmente durante a colocação da pasta no interior canal mesial, não preenchendo-o integralmente.

Foi então realizado tampão dos canais com cimento obturador sem flúor (Villevie, Santa Catarina, Brasil), restauração em ionômero de vidro (Maxxion R®, FGM, São Paulo, Brasil) e agendada nova sessão para reabordagem do canal mesial do 84.

Na quarta e última sessão, o paciente foi anestesiado e realizado o isolamento absoluto, seguido de instrumentação rotatória seletiva apenas no canal mesial, irrigação, aspiração e inundação com a solução irrigante, irrigação final conforme protocolo realizado na terceira sessão, e obturação com a pasta Feapex® (Fórmula e ação, São Paulo, SP, Brasil) no canal mesial do 84.

Foi realizada tomada radiográfica para verificação do preenchimento dos condutos radiculares, seguida de blindagem coronária com resina fotopolimerizável na cor A2 (Vigodent-Coltene, Rio de Janeiro, Brasil) e ajuste oclusal.



Figura 4. – Radiografia do 84 após 03 meses da reintervenção

Após 03 meses, o paciente retornou ao consultório para consulta de preservação, estando o elemento dentário 84 restaurado, livre de infecções associadas, com avanço do processo de rizólise em ambas as raízes, e permanente sucessor preservado com cripta rompida.



Figura 5. – Radiografia do 84 após 18 meses da reintervenção

Após 18 meses da conclusão do tratamento endodôntico, o elemento dentário 84 ainda apresentava-se ainda em boca, com discreta mobilidade e avançada rizólise identificada em radiografia de controle.

4 DISCUSSÃO

O tratamento endodôntico em dentes decíduos requer, além do manejo do paciente pediátrico, cuidados adicionais e conhecimento das técnicas adaptadas específicas para estes dentes. Como exemplo disso, podemos citar que não se realiza rastreamento de fístula em dentição decídua para evitar lesionar o germe do permanente sucessor, assim como está contraindicada a realização de testes de percussão e térmicos em dentes decíduos (CORREIA *et al.*, 2017).

Para Guedes-Pinto e colaboradores (1981, *apud* TRINCHES *et al.*, 2018), o grande obstáculo para o sucesso na terapia endodôntica em decíduos com polpa necrosada depende do método escolhido pelo profissional para tratar do sistema de canais radiculares do dente, pois a necrose pulpar e a lesão periapical em dentes decíduos são infecções polimicrobianas.

É importante lembrar que, para a realização do tratamento endodôntico em dentes decíduos, é necessária que a cripta do germe permanente e a furca do decíduo encontrem-se íntegras, que haja a possibilidade de reabilitação do dente e que a rizólise seja de até 2/3 da raiz (CORREA *et al.*, 2017).

Na literatura, não há consenso sobre qual o melhor protocolo para desinfecção dos canais radiculares de dentes decíduos. Anteriormente, a terapia pulpar radical era realizada sem a instrumentação dos canais radiculares, todavia estudos recentes mostraram a importância dessa instrumentação visando a redução de patógenos (CORREA *et al.*, 2017; TRINCHES *et al.*, 2018).

Pensando no combate às infecções polimicrobianas, a escolha da solução irrigadora é de suma importância. De acordo com Lopes e colaboradores (2020), a solução de NaOCl apresenta decréscimo significativo de concentração de quando armazenada por algum período de tempo. Baseado nisto, em nosso relato de caso, iniciamos o tratamento endodôntico com irrigação com hipoclorito de sódio (NaOCl) a 2,5% diluído 1:1 em soro fisiológico. Esta diluição foi realizada visando o trabalho com pelo menos 1% da substância ativa.

Entretanto, ao se aproximar do ápice, optamos em utilizar a clorexidina 2% gel com soro fisiológico estéril durante a irrigação do conduto para trabalharmos com maior segurança e menor risco para os tecidos periapicais

caso houvesse extravasamento apical. A vantagem da clorexidina em relação ao hipoclorito de sódio é que, além da ação antimicrobiana, a clorexidina possui substantividade, tendo tempo de atuação prolongado por até 4 meses após uso. Sua principal desvantagem é a não solubilização de matéria orgânica, contrariamente ao NaOCl (LOPES *et al.*, 2020).

A escolha de pontas irrigadoras com saída lateral, como a Endo Eze Tips® (Ultradent Products Inc., EUA), nesse caso, possibilitou uma irrigação segura, reduzindo consideravelmente o risco de extravasamento da solução irrigadora aos tecidos periapicais, além de favorecer à irrigação de canais laterais acessórios (CORREA *et al.*, 2017).

Para a medicação intracanal foi optado pelo uso do Formocresol® (Biodinâmica Química e Farmacêutica, Paraná, Brasil), que é relatada como bastante comum na literatura na endodontia de dentes decíduos, por se tratar de desinfetante intracanal bactericida capaz de promover a desnaturação proteica. Todavia, é importante frisar que esta medicação apresenta potencial citotóxico para os tecidos periapicais e pode vir a entrar em desuso (JIA *et al.*, 2019).

Para facilitar o acesso aos condutos e agilidade no tratamento endodôntico, foi utilizada a lima rotatória Orifice Shaper 17.08# do sistema Sequence Baby File® (MK Life, Londrina, PR, Brasil), que possui comprimento de 10mm com intuito de minimizar riscos de acidente. As entradas de canais radiculares de dentes decíduos apresentam pequeno orifício, devendo este ser alargado para eliminar possíveis interferências que possam comprometer o sucesso clínico da terapia endodôntica (CORREA *et al.*, 2017).

Segundo Correia e colaboradores (2017), existem duas vertentes atuais na Odontologia quanto às limas utilizadas em tratamento endodôntico em dentes decíduos. Há quem defenda o uso de limas manuais, tradicionalmente utilizadas na endodontia, pois com elas é possível a realização do tratamento com limas do tipo Kerr, sendo a primeira lima a ser utilizada a lima que melhor se adapta à anatomia interna do conduto, seguida de mais duas limas.

Por sua vez, as limas mecanizadas apresentam vantagens em relação à instrumentação manual, como redução do tempo de trabalho clínico e maior

conicidade aos preparos, se adaptando melhor aos condutos para a sua modelagem (LOPES *et al.*, 2020). Neste caso clínico, o canal foi modelado com a lima rotatória 20.04# da Sequence Baby File® (MK Life, Londrina, PR, Brasil), de 16mm de comprimento, até o CT, em uma sessão endodôntica mais curta em relação à sessão anterior, onde foi utilizada apenas limas manuais.

Somma e colaboradores (*apud* LOPES *et al.*, 2020) mencionam que o preparo com limas mecanizadas, sejam rotatórias, reciprocantes ou oscilatórias, podem favorecer a maior extrusão de material na região periapical. Tal afirmativa pode ter relação com a amplitude do movimento e à frequência de avanços e retrocessos realizados com o instrumental no interior do canal, pois outros autores relatam que a extrusão de material pode ser observada em todas as técnicas, manuais ou por acionamento de dispositivos mecanizados (LOPES *et al.*, 2020).

Como não devemos realizar tomadas radiográficas com limas no interior do canal radicular em dentes decíduos, pelo elevado risco de acidente com a criança, optamos pelo uso de localizador apical para determinação do comprimento real de trabalho (CRT). O uso de localizadores apicais favorecem melhor precisão na localização do limite apical, menor necessidade comportamental da criança e diminuição do tempo clínico do profissional (CORREA *et al.*, 2017).

Em relação ao número de sessões, estudos apontam que sessão única para tratamento endodôntico em dentes decíduos é desejável e apresenta boa taxa de sucesso. Entretanto, Brustolin e colaboradores (2017) fala sobre a probabilidade de fator de confundimento em relação à afirmativa anterior, uma vez que dentes decíduos tratados em mais de uma sessão geralmente apresentam casos desafiadores com contaminação microbiana importante e necrose pulpar, necessitando do uso de medicação intracanal. O que deve determinar o número de sessões é a viabilidade clínica e os desfechos biológicos (BARATKUMAR, 2016). Em nosso relato, apesar da intervenção endodôntica aparentar simples, o manejo do paciente e seu tempo em cadeira odontológica foram os principais fatores para tratamento endodôntico em múltiplas sessões. Além disso, ainda foi necessária reintervenção no canal mesial, mostrando que

além de desafios de manejo, a técnica na execução também pode ser desafiadora.

Para a obturação dos canais radiculares de dentes decíduos, os materiais obturadores utilizados devem apresentar propriedades bactericidas, além de serem reabsorvidos juntamente com a rizólise do dente. Existem relatadas na literatura diferentes pastas obturadoras, sendo o padrão-ouro nos estudos o cimento de óxido de zinco e eugenol (ZOE), todavia este apresenta atividade antimicrobiana limitada além de reabsorção lenta quando comparada à reabsorção das raízes dos decíduos (CORREA *et al.*, 2017).

A pasta Guedes-Pinto apresenta, por sua vez, excelente biocompatibilidade com a polpa e tecidos periapicais, além de ser antibacteriana. Todavia, esta apresenta como principal desvantagem a toxicidade do componente paramonoclorofenol canforado – PMCC (TRICHES *et al.*, 2018).

Neste relato de caso, optou-se pelo uso da pasta obturadora Feapex® comercializada no Brasil e com composição similar à pasta Vitapex®, apresentando ambas o hidróxido de cálcio e o iodofórmio em sua composição, em veículo viscoso. As principais vantagens no uso do hidróxido de cálcio é sua atividade antimicrobiana comprovada e a sua fácil reabsorção em região de ápice radicular (CORREA *et al.*, 2017).

Entre as sessões, foi realizada restauração em ionômero de vidro pois, segundo Brustolin e colaboradores (2017), o sucesso do tratamento endodôntico também está relacionado a realização de restauração que promova o adequado selamento hermético da cavidade. Em dentes decíduos, a blindagem coronária é feita, em sua maioria, com cimento de ionômero de vidro ou resina composta, sendo esta última, além de mais resistente, preferível para a prevenção de microinfiltrações.

Apenas 62,9% das pulpectomias apresentam sucesso no acompanhamento após 12 meses, sendo os três primeiros meses mais críticos por apresentarem mais insucessos. O sucesso da terapia endodôntica em dentes decíduos é definido como a ausência de sinais e sintomas ou de sinais

radiográficos sugestivos de lesão apical, ou ainda a manutenção do dente em boca até a sua esfoliação (BRUSTOLIN *et al.*, 2017; CORREA *et al.*, 2017).

O caso relatado foi conduzido com limas manuais e rotatórias, em mais de uma sessão, com o uso de diferentes protocolos, visando o sucesso clínico da terapia. Também foi possível obter a preservação do dente decíduo em boca após 03 e 18 meses, livre de reinfecções bacterianas, garantindo o sucesso clínico e manutenção do espaço para irrupção do dente permanente sucessor.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento endodôntico em dentes decíduos apresenta um grande desafio para o cirurgião-dentista clínico, para o Odontopediatra e, também, para o Endodontista, e requer manejo do paciente infantil e/ou conhecimento acerca de técnicas de sedação. As limas mecanizadas podem ser ferramentas essenciais ao cirurgião-dentista frente aos desafios expostos neste trabalho. O tratamento endodôntico proposto neste relato foi eficiente e possibilitou a preservação do dente permanente sucessor.

REFERÊNCIAS

Faria, JFG. Analysis of sucrose intake in the diet of patients treated at the Orthodontic Clinic of the School of Dentistry, Ufrgs. **RFO**, 21(1), 43-8, 2016.

Cernei, ER, *et al.* The influence of premature loss of temporary upper molars on permanent molars. **Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat.**, 119(1), 236-242, 2015.

Gissela, GC; Jesús, TF; Guido, PMP. Non instrumentation endodontic techniques in deciduous teeth. Case report. **Odontol. Pediatr.**, 15(2), 162-9, 2016.

Barasuol JC, *et al.* Influence of hand and rotary files for endodontic treatment of primary teeth on immediate outcomes: secondary analysis of a randomized controlled trial. **Int J Paediatr Dent**, 31(1): 143-151, 2021.

Triches, TC, *et al.* Efficacy of a single session protocol for endodontic treatment in primary teeth: in vivo study. **Eur Arc of Paediatr Dent**, 19(1): 47-55, 2018.

Corrêa, MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: **Quintessence Editora**, 2017.

Brustolin JP, *et al.* Survival and factors associated with failure of pulpectomies performed in primary teeth by dental students. **Braz. Dent. J.**, 28(1), 121-8, 2017.

Lopes, HP. Endodontia: biologia e técnica. 5ª ed. **Editora Guanabara Koogan Ltda**, 2020.

JIA, L., *et al.* The clinical effectiveness of calcium hydroxide in root canal disinfection of primary teeth: a meta-analysis. **Med. Sci. Monit.**, 25, 2908-16, 2019.

Bharuka SB, Mandroli PS. Single- versus two-visit pulpectomy treatment in primary teeth with apical periodontitis: A double-blind, parallel group, randomized controlled trial. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, 34, 383-90, 2016.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENDODONTIA



Por este termo, eu, Diogo Lessa Lopes, paciente (ou responsável legal do(a) menor Davi Martins de Almeida Lopes portador(a) do RG/CPF No. 896961344-3 residente a Recife (cidade), Pernambuco, declaro que o (a) cirurgião(ã)-dentista Dr.(a) Marcelo W. Nery inscrito(a) no CROPE sob o No. 14287, profissional escolhido para realizar o meu tratamento endodôntico (canal), me apresentou planejamento de tratamento e de custos, cuja cópia encontra-se em meu poder. Ainda, declaro que:

FICHA DE ANAMNESE

1. A ficha de anamnese foi por mim preenchida e assinada, apresentando 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 pré-existentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não, ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos pode interferir negativamente no planejamento e andamento de tratamento, na resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo, também, ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral.

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO

3. Fui informado que tenho a necessidade de realizar tratamento endodôntico no(s) dente(s) 84, mas que possuo o direito de escolher não me tratar, estando consciente que se eu não o fizer, poderei ter minha saúde comprometida com a perda do dente, além de graves infecções, que podem gerar problemas cardíacos e até o óbito.
4. Considerando minha queixa e, após avaliação clínica e de exames complementares, o profissional esclareceu sobre o seu diagnóstico, informando sobre as condições do elemento dentário, incluindo sua fragilidade e riscos de carga e sobrecarga, que pode gerar a fratura da raiz e perda do elemento dentário.
5. Ainda, fui informado sobre as alternativas, objetivos e riscos do tratamento, de modo que, eventualmente, a exodontia (extração) do elemento dentário pode ser passível, contudo, a Odontologia prevê inicialmente, e de acordo com o caso em concreto, medidas preventivas para manter o elemento dentário, sem viabilidade de garantir tempo de durabilidade e estabilidade do dente, pois questões biológicas e externas, assim como hábitos em geral, podem contribuir para danificar ou fragilizar o elemento dentário (coroa e raiz), causando a sua perda.
6. Declaro ter sido informado que o tratamento e/ou retratamento endodôntico busca evitar que um dente seja extraído. Muitos fatores são determinantes no sucesso do tratamento endodôntico: sistema imunológico (defesa biológica do paciente), anatomia dental, grau da doença existente, espécies de bactérias envolvidas e cooperação do paciente durante o tratamento.
7. Ocasionalmente, este procedimento pode falhar havendo necessidade de um novo tratamento e/ou retratamento, ou até mesmo uma cirurgia periapical, bem como pode ser indicada a extração do dente.

RISCOS DO TRATAMENTO

8. Fui esclarecido que, via de regra, o tratamento endodôntico pode apresentar as seguintes intercorrências:

- Quebra do dente: devido o enfraquecimento do dente por ação de cáries, trauma, poderá ocorrer a quebra do dente durante o isolamento ou até mesmo durante a alimentação se não tomados os devidos cuidados orientados pelo cirurgião-dentista;
- Perfuração ou trepanação do canal: pode ocorrer no momento do acesso à câmara pulpar (entrada do canal) e durante a instrumentação do canal. Na ocorrência dessas situações, o cirurgião-dentista realizará procedimentos de correção, quando possível, uma vez que essas intercorrências podem gerar a perda do elemento dentário;
- Fratura de instrumentos: caso ocorra a fratura de instrumento (lima e broca) será analisada a viabilidade da retirada do fragmento no ato da consulta ou em momento futuro;
- Extravasamento de material obturador: deslocamento de cimento e ou cone de guta percha além do forame apical;

- Processo inflamatório e dor (Pericementite): pode ser ocasionado pela limpeza e desinfecção do canal radicular, entrada de alimentos, por não observância das orientações do profissional e/ou por questões inerentes ao estado clínico geral do paciente;
 - Danos aos dentes vizinhos: se o paciente não concluir o tratamento endodôntico dentro do prazo estipulado, a inflamação e/ou infecção poderá atingir os dentes vizinhos, podendo perdê-los;
 - Escurecimento do dente: pode ocorrer após o tratamento endodôntico e por decorrência da perda de vitalidade, bem como da ação de medicamentos no interior do canal radicular;
 - Calcificação do canal: pode existir um ou mais canais radiculares calcificados; isto significa que a luz do canal está obliterada impedindo o tratamento adequado.
9. Estou ciente de minha responsabilidade em colaborar e contribuir para o tratamento que será executado, seguindo as orientações do profissional, respeitando o prazo de retorno às consultas, de modo que ausências também são fatores que prejudicam o tratamento, causando danos muitas vezes irreversíveis ao dente.

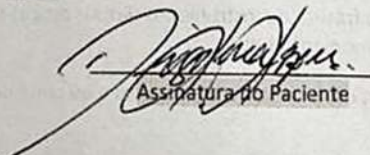
TEMPO DE TRATAMENTO

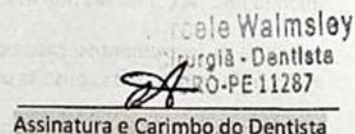
10. O tempo de finalização do tratamento dependerá da complexidade do caso durante os procedimentos e da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, frequência às consultas e seguimento das orientações fornecidas pelo profissional, não sendo garantido que todo e qualquer tratamento de canal poderá, efetivamente, ser finalizado em uma única sessão.
11. Tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para consultas de acompanhamento de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais.

INFORMAÇÕES GERAIS

12. É de meu conhecimento de que devo informar ao profissional qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução; mantendo meus dados cadastrais sempre atualizados e informando eventuais mudanças de endereço, telefone etc;
13. Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados, a partir do diagnóstico, poderão não se concretizar em face da resposta biológica do meu organismo e de minha colaboração, assim como da própria limitação da Ciência, sendo certo que o profissional se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento proposto e aprovado, assumindo responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a minha privacidade e o necessário sigilo profissional, além de zelar por minha saúde e dignidade;
14. Declaro que estou ciente de que o tratamento endodôntico envolve somente o tratamento dos canais do elemento dentário, de modo que a restauração ou prótese trata-se de procedimento complementar indispensável para viabilizar o total vedamento do dente, minimizando riscos de microinfiltrações e perda do tratamento realizado.
15. O profissional não se eximirá de avaliar eventual dano ou prejuízo sofrido e alegado, reparando-o, quando o caso, dentro do limite de sua responsabilidade;
16. Abaixo manifesto se permito a utilização do meu prontuário para uso em publicações científicas, permitindo a exibição de imagens e exames com finalidade didático-acadêmica, conforme Código de Ética: () Sim () Não
- 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 com as informações recebidas reservo-me o direito de apresentar novas dúvidas que surgirem durante o tratamento ao profissional.

Recife, 25 de Maio de 2021.


Assinatura do Paciente


Assinatura e Carimbo do Dentista