

**FACULDADE SETE LAGOAS**  
**BIBLIOTECA PROFESSOR DOUTOR PAULO NEVES DE CARVALHO**

**JOYCE LUIZA MOREIRA PEREIRA**

**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: REVISÃO DE LITERATURA**

**SETE LAGOAS-MG**

**2016**

**FACULDADE SETE LAGOAS**  
**BIBLIOTECA PROFESSOR DOUTOR PAULO NEVES DE CARVALHO**  
**JOYCE LUIZA MOREIRA PEREIRA**

**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: REVISÃO DE LITERATURA**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Endodontia, como parte dos requisitos para obtenção do título de especialista em Endodontia. Faculdade de Sete Lagoas.

**Orientador: Prof. Antônio Eduardo Pagliuso Ascencio,CD,ME**

**SETE LAGOAS-MG**

**2016**

## RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: REVISÃO DE LITERATURA

JOYCE LUIZA MOREIRA PEREIRA, Cirurgiã Dentista, especializando em Endodontia na Associação de Ensino, Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul – MS.

ROGÉRIO PEREIRA BECEGATO: Cirurgião dentista, Professor Especialista, docente do curso de Especialização em Endodontia na Associação de Ensino, Pesquisa e Cultura de Mato Grosso do Sul – MS.

[joycelmpereira@gmail.com](mailto:joycelmpereira@gmail.com)

### RESUMO

O retratamento surge como opção para resolução de infecções persistentes, e dentes com sintomatologia dolorosa após uma primeira intervenção endodôntica. É a primeira opção nesses casos, não sendo a única maneira de resolver, porém a forma menos invasiva e de menor custo. Não se deve reintervir em um procedimento se o diagnóstico e o plano de tratamento não forem efetivos para que se obtenha melhora no quadro inicial. Toda a documentação radiográfica deve ser realizada obedecendo um padrão, para que se torne possível um parâmetro de comparação entre quadro inicial e final pós retratamento. Mesmo com todo avanço técnico-científico dependemos da habilidade profissional, bem como da correta indicação do procedimento e dos mecanismos disponíveis.

**Palavras Chave:** endodontia, retratamento, radiografia

### ABSTRACT

Retreatment appears as an option for resolving persistent infections, and teeth with painful symptoms after a first endodontic therapy. It is the first option in these cases, it is not the only way to solve, but less invasive and less expensive. Do not reintervir in a procedure if the diagnosis and treatment plan are not effective in order to obtain an improvement in the initial frame. All radiographic documentation must be performed observing a standard, so that if a benchmark makes it possible between initial and final frame after retreatment. Even with all technical and scientific progress depend on the professional skill and the correct indication of the procedure and mechanisms available.

**Key words:** endodontic, retreatment, radiograph

## INTRODUÇÃO

Enquanto o tratamento endodôntico, por si, visa manter o elemento dentário em função na cavidade oral o retratamento é tido como uma nova intervenção endodôntica, que pode se fazer necessária por diversos motivos. O retratamento se torna necessário quando há falhas no tratamento anterior, presença de sintomatologia, e patologias associadas às estruturas de sustentação do dente em questão, é a primeira opção nesses casos, mas não a única. Podemos lançar mão da cirurgia paraendodôntica quando por motivos clínicos ou anatômicos o retratamento convencional se prove ineficaz (HENRIQUES, *et al*, 2011).

Para um tratamento endodôntico ser considerado um procedimento bem-sucedido dependemos de uma série de fatores, entre eles o correto diagnóstico, passando pela habilidade do executante, critérios adotados para o procedimento propriamente dito, bem como a anatomia do sistema de canais radiculares que é um complicador no tratamento convencional, passando inclusive pelo correto selamento pós endodôntico e preservação do caso. Sendo considerado esses fatores, mesmo com todo avanço técnico-científico temos um significativo número de insucessos devido a anatomias complicadas, questões microbiológicas e falhas técnicas. Quando falhas ocorrem, inicialmente, optamos por realizar o retratamento por via convencional (HENRIQUES, *et al*, 2011).

Entre as técnicas que temos a disposição para realização do tratamento endodôntico não precisamos de alguma com indicação específica para o retratamento. Para realização da nova intervenção temos as seguintes fases do procedimento: Remoção da restauração coronária; remoção de retentores radiculares, quando presentes; remoção do material obturador; reinstumentação e desinfecção do sistema de canais radiculares; medicação intracanal; obturação (LOPES & SIQUEIRA, 2010).

Assim como nos tratamentos iniciais por via convencional, o retratamento deve ser realizado respeitando cadeia asséptica, bem como os princípios básicos das técnicas para realização do tratamento. A instrumentação é um processo mecânico, com auxílio químico das soluções irrigadoras, que possuem grande importância no retratamento, visto que por mais bem realizada que a desobturação do sistema de canais radiculares seja ainda teremos regiões onde o instrumento mecânico não alcançará, que será susceptível de se manter contaminada, através desse processo químico-mecânico buscamos: Dar forma ao canal; alisar suas paredes, removendo degraus e irregularidades; remover microorganismos, restos necróticos, bem como o produto do metabolismo bacteriano (De DEUS, 1982).

Para obtermos uma instrumentação de qualidade somos dependentes da anatomia do sistema de canais radiculares, uma vez que não conseguimos explorar o comprimento real do dente não temos como garantir a qualidade dessa etapa, visto que não poderemos realizar a patência e recapitulação. Não podendo assim realizar com clareza e precisão a

medida do comprimento de trabalho, sendo assim se torna uma medida por aproximação, onde o que define realmente sua medida seria a obturação do sistema de canais radiculares, e se houver uma falha nessa medida temos maiores possibilidades da manutenção da infecção previamente instalada, comprometendo reparo periapical ou originando lesões, tornando o procedimento um insucesso. Dessa maneira a irrigação associada a correta escolha da medicação intracanal e uma obturação homogênea têm fundamental importância no processo de retratamento endodôntico (HENRIQUES, *et al*, 2011).

Nos casos de retratamento torna-se imprescindível a preservação, visto que ao detectar, após dois a cinco anos de acompanhamento periódico, um quadro de evolução clínica não favorável temos o procedimento tido como insucesso, e indica-se, portanto, a realização da cirurgia (TRAVASSOS, CALDAS & ALBUQUERQUE, 2003). Porém existe uma grande dificuldade dessa preservação, uma vez que os pacientes costumam não voltar para o controle radiográfico (TORABINEJAD, *et al.*, 2005)

## **REVISÃO DE LITERATURA**

O tratamento endodôntico surge como opção de procedimento, na rotina odontológica, para a manutenção de dentes que antes seriam encaminhados para extração. Ainda que tenha ocorrido diversos avanços na área de reabilitação, para pacientes parcial ou totalmente desdentados, sabemos que a primeira opção ainda é a manutenção do dente natural. Por mais que tenhamos uma alta taxa de sucesso nos tratamentos endodônticos diversos motivos podem levar ao insucesso, gerando assim a necessidade de uma nova intervenção (RODA; GETTLEMAN, 2011).

A partir do momento que há a remoção do tecido pulpar de dentro do sistema de canais radiculares temos o risco de infecção, já que a polpa possui propriedades de defesa e ao ser removida, por não haver mais aporte sanguíneo para a chegada das células de defesa, existe um ambiente favorável à infecção. Sendo assim há uma extrema necessidade de critérios no tratamento endodôntico afim de prevenir que uma infecção ocorra em um sitio antes não afetado. Em casos de necrose pulpar há contaminação após a morte pulpar, e sendo assim existe o risco de mesmo sendo aparentemente bem conduzido o tratamento endodôntico haja uma manutenção de infecção de forma subclínica, não havendo sintomatologia, mas mantendo a lesão periapical ativa (ZUOLO *et al.*, 2013).

Quando há falha de um tratamento anterior uma reintervenção não cirurgica é a primeira opção, e assim temos a possibilidade de melhora do selamento e do quadro geral (RUDDLE, 2004).

Para realização de uma nova instrumentação, e possibilitar uma maior desinfecção do sistema de canais radiculares, necessitamos da remoção do material obturador previamente acondicionado. A remoção do material obturador, que costuma ser guta-percha associada a cimento endodôntico, é um desafio a habilidade do operador e não pode ser realizada por completo, pois por melhor técnica utilizada algum resquício de cimento e/ou guta-percha se mantém nas paredes do canal. Quanto maior a quantidade de material removido, maior qualidade dessa etapa do processo, maior a possibilidade de desinfecção (GORNI; GAGLIANI, 2004). Além da máxima remoção do material obturador prévio, contamos com as soluções irrigadoras, e especialmente com a medicação intracanal, visto que ela atuará como curativo de demora na tentativa de eliminar a maior quantidade possível de microorganismos, aumentando assim as possibilidades de sucesso dessa nova intervenção. Para o procedimento de retratamento endodôntico a medicação que mais se destaca é o hidróxido de cálcio por suas propriedades antibacterianas e também biológicas (ESTRELA, 2004).

Na literatura encontramos diversas técnicas para remoção do material obturador, sejam elas mecanizadas, manuais, químicas ou com uso de ultrassom, ainda assim não conseguimos remover por completo o material, cabe ao operador remover, através das associações de técnicas, a maior quantidade possível deste material (ZUOLO et al., 2013; MARTHOS *et al.*, 2011).

O tratamento endodôntico visa regredir ou impedir o desenvolvimento de lesões perirradiculares. Só tratamos um procedimento endodôntico como sucesso quando, após um período de preservação, não apresenta lesão ou sintomatologia (LOPES; SIQUEIRA, 2010).

Clinicamente alguns aspectos são considerados para tratar um procedimento endodôntico como sucesso, são eles: ausência de resposta ao teste de percussão ou palpação; ausência de mobilidade dental e de doença periodontal associada – lesão endoperiodontal; ausência de fístula; dente em função, sem sintomatologia dolorosa e sem sinal de infecção. Já radiograficamente buscamos os seguintes aspectos: Ausência de espessamento do ligamento periodontal, ou espessamento menor que Espaço do ligamento periodontal normal ou mm; redução da rarefação óssea; integridade da lâmina dura; obturação homogênea, no comprimento de trabalho. Estes aspectos clínicos e radiográficos são padrão para a Associação Americana de Endodontia, desde 1994 (ESTRELA, 2004).

Porém, levando-se em conta vários critérios a serem analisados, não devemos considerar um caso como total sucesso ou fracasso, devido a necessidade de avaliarmos o caso a longo prazo (RODA; GETTLEMAN, 2011). Além de exames mais simples podemos lançar mão de tomografia computadorizada cone-beam (TCCB) para a elaboração de um

diagnóstico mais preciso da lesão endodôntica, bem como para traçar um padrão de sucesso nos tratamentos (LIMA; REZENDE, 2011). Para acompanhamento clínico, sem necessidade de exames mais sofisticados como a tomografia, utilizamos as radiografias periapicais, que devem conter o mínimo de distorção afim de possibilitar um parâmetro comparativo com a radiografia diagnóstico (LOPES; SIQUEIRA, 2010).

Para a realização do retratamento necessitamos de um diagnóstico da origem do insucesso, visto que facilita o planejamento do caso. Os relatos na literatura apontam a infecção por microorganismos como a causa mais frequente dos insucessos endodônticos, seja através do transporte durante a instrumentação, ou pela incapacidade de remoção dos microorganismos já existentes, resultando em uma infecção persistente (RODA; GETTLEMAN, 2011).

Existe, também, casos onde o insucesso é gerado por reação a corpo estranho, ou por fatores intrínsecos. Ainda assim não existem evidências claras que se pode excluir a existência, concomitante, de infecção por microorganismos persistentes. E a partir deste pensamento temos a evidência de que todos os casos estão correlacionados à infecção por microorganismos (LOPES; SIQUEIRA, 2010).

Há casos de retratamento onde não há sintomatologia, mas sim diagnóstico em exames de imagem de rotina. Nesses exames, ao buscar traçar o planejamento clínico, não podemos diferenciar um cisto verdadeiro de um granuloma periapical (KAPOOR, 2012). O diagnóstico diferencial, quando com presença de dor, deve atentar para dores de origem não odontogênicas, disfunções articulares, síndromes, dores odontogênicas de origem não endodôntica e fraturas (LOPES; SIQUEIRA, 2010; RODA; GETTLEMAN, 2011).

## **CONCLUSÕES**

A Associação Americana de Endodontia define o retratamento endodôntico como o procedimento que remove um material previamente alocado no canal radicular, afim de reinstrumenta-lo, e reobtura-lo na busca de uma melhora do quadro inicial, resolvendo a falha previa (LOPES; SIQUEIRA, 2010). Sendo assim, toda e qualquer nova intervenção endodôntica visa uma melhora no quadro encontrado, seja ela na qualidade da obturação ou resolução da infecção persistente.

O retratamento convencional é a primeira opção para resolver um insucesso prévio, mas não é a única forma de resolver o caso. Temos como, com a correta indicação, realizar também a cirurgia paraendodôntica, que é indicada quando por motivos anatômicos, ou limitações são encontradas no tratamento convencional.

Não se deve considerar um procedimento endodôntico como total sucesso, ou fracasso, especialmente sem sua correta preservação, uma vez que a sintomatologia pode aparecer

mesmo em um caso aparentemente bem conduzido, a médio ou longo prazo. O retratamento surge como mais uma opção para manutenção do elemento dentário em função na cavidade oral, bem como livre de qualquer infecção.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- KAPOOR, V. P. S. Non-surgical endodontics in retreatment of periapical lesions – two representative case reports. *J. Clin. Exp. Dent.*, v. 4, n. 3, p. 189-93, Jul. 2012. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v4i3/jcedv4i3p189.pdf> Acesso em 10 Jan. 2016.
- RODA, R. S.; GETTLEMAN, B. H. Retratamento não Cirúrgico. In: COHEN, S; HARGREAVES, K. M. 10. Ed. Caminhos da Polpa. Annapolis: Elsevier, 2011. Cap. 25, p. 807-866.
- ZUOLO, A. S.; MELLO JR. J. E.; CUNHA, R. S.; ZUOLO, M. L.; BUENO, C. E. S. Efficacy of reciprocating and rotary techniques for removing filling material during root canal Retreatment. *Int. End. J.*, Oxford, v. 46, p. 947–953, 2013
- RUDDLE, C. J. Nonsurgical retreatment. *J. Endod.*, Chicago, v. 30, n. 12, p. 827–45, Dec. 2004.
- GORNI, F. G.; GAGLIANI, M. M. The outcome of endodontic retreatment: a 2-yr follow-up. *J. Endod.*, Chicago, v. 30, n. 1, p. 1–4, Jan. 2004.
- LOPES, H. P; SIQUEIRA, J. F. Endodontia. Biologia e Técnica. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010
- ESTRELA, C. Ciência Endodôntica. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- LIMA, S. M. F.; REZENDE, T. M. B. Benefícios de Exames Tomográficos na Endodontia: Revisão de Literatura. *Oral Sci.*, v. 3., n. 1., p. 26-31. Jan/Dez. 2011.
- MARTOS, J.; BASSOTO, A.P.S.; GONZALES-RODRIGUES, M., P.; FERRER-LUQUE, C. M. Dissolving efficacy of eucalyptus and orange oil, xylol and chloroform solvents on different root canal sealers. *Int. End. J.*, Oxford, v. 44, n. 1, p. 1024–1028, Nov. 2011. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652591.2011.01912.x/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=> Acesso em: jan. 2016.
- LOPES H. P; SIQUEIRA Jr. J. F. Retratamento endodôntico. In Lopes, H.P, editors. Endodontia: Biologia e técnica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.691-735. 7.
- De DEUS Q. D. Endodontia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1982
- TRAVASSOS R. M; CALDAS A. F. Jr; ALBUQUERQUE D. S. Cohort study of endodontic therapy success. *Braz Dent J.* 2003; 14:109-13.
- TORABINEJAD M; *et al.* Levels of evidence for the outcome of nonsurgical endodontic treatment. *J Endod.* 2005; 31:637-46.
- HENRIQUES, L. C. F; *et al.* Tratamento endodôntico de molares e retratamento. *Arq Odontol, Belo Horizonte*, v. 47(Supl 2) p. 119-122, dez 2011.