

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

ZORAIDE RAINE PINHEIRO FERREIRA

RETRATAMENTO DE INCISIVO LATERAL PARA FINS PROTÉTICOS EM
SESSÃO ÚNICA: RELATO DE CASO

RECIFE

2017

ZORAIDE RAINE PINHEIRO FERREIRA

RETRATAMENTO DE INCISIVO LATERAL PARA FINS PROTÉTICOS EM
SESSÃO ÚNICA: RELATO DE CASO

Artigo apresentado ao curso de especialização da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas (FACSETE) como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Endodontia.

Orientador: Prof. Ryhan Menezes Cardoso.

RECIFE

2017

RETRATAMENTO DE INCISIVO LATERAL PARA FINS PROTÉTICOS EM SESSÃO ÚNICA: UM RELATO DE CASO

Prof. Ryhan Menezes Cardoso¹

Zoraide Raine Pinheiro Ferreira²

-
1. Especialista em Endodontia pela FACSETE, Mestrando em Dentística/Endodontia pela FOP-UPE;
 2. Aluna do curso de Especialização em Endodontia pela Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas.

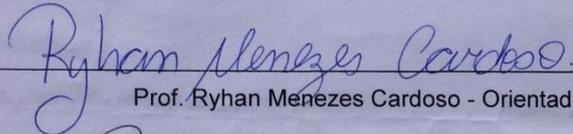
 **FACSETE**

Faculdade de Tecnologia de São Paulo
Rua Nelson Brihi, 100 - Vila São José - São Paulo - SP - 05060-000
Fone: (11) 2947-2000 Fax: (11) 2947-2001

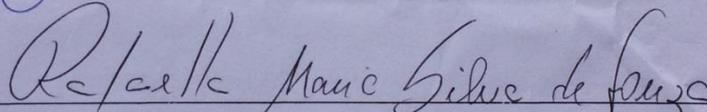
 **CIODONTO**

CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA (CPGO)

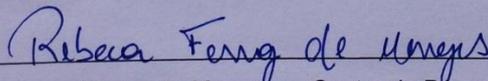
Artigo intitulado “ **Retratamento endodôntico de incisivo lateral para fins protéticos em sessão única: relato de caso**” de autoria da aluna Zoraide Raine Pinheiro Ferreira, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Ryhan Menezes Cardoso - Orientador



Profª Rafaella Maria Silva de Souza - Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPGO)



Profª Rebeca Ferraz de Menezes - Centro de Pós-graduação em Odontologia (CPGO)

Recife, 26 de agosto de 2017

RESUMO

O retratamento endodôntico tem como função principal, realizar a reinstrumentação e à antissepsia do sistema de canais radiculares do elemento dentário, buscando obter uma melhor desinfecção e obter de forma adequada uma nova obturação que consiga abranger toda a complexidade anatômica de forma tridimensional. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de retratamento de um incisivo lateral superior realizado em sessão única, com fins protéticos e acompanhamento de 4 meses. Paciente encaminhado da clínica de prótese para avaliar necessidade de realizar um retratamento antes de efetuar a construção de uma prótese parcial fixa unitária. Foi observado regressão sintomatológica do quadro clínico sendo possível reabilitar de forma protética o dente tratado. Pôde-se afirmar que o retratamento em sessão única é uma alternativa terapêutica viável para casos em que é necessário realiza-lo para fins protéticos.

Palavras-chave: retratamento endodôntico; canais radiculares; sessão única

ABSTRACT

The main function of the endodontic retreatment is to perform reinstrumentation and antiseptics of the root canal system of the dental element, aiming at obtaining a better disinfection and obtaining a new filling that can cover all the anatomical complexity in a three-dimensional form. The objective of this study was to present a clinical case of retreatment of a superior lateral incisor performed in a single session, with prosthetic purposes and 4 months follow up. Patient referred from the prosthetic clinic to evaluate the need to perform a retreatment before performing the construction of a fixed partial denture unit. It was observed a symptomatological regression of the clinical picture and it was possible to prosthetic rehabilitate the treated tooth. It could be affirmed that single session retreatment is a viable therapeutic alternative for cases in which it is necessary to perform it for prosthetic purposes.

Keywords: endodontic retreatment; root canals; single session

INTRODUÇÃO

O retratamento endodôntico é um procedimento realizado em um elemento dentário que foi tratado anteriormente, porém não apresentou uma condição satisfatória. Com o novo tratamento, busca-se um melhor resultado. O caso clínico é considerado como insucesso endodôntico quando não há resolução da imagem radiolúcida localizada na região apical de até quatro anos ou quando há presença de sinais e sintomas clínicos com período inferior a este.¹

Elementos dentários que são submetidos a terapia endodôntica pela primeira vez apresentam uma taxa de sobrevivência muito elevada, porém, apesar de grandes avanços nos últimos anos, alguns dentes demonstram sintomatologia comparada a fase que antecede o tratamento inicial. Isso acontece quando o tratamento endodôntico não obteve sucesso, levando ao retratamento endodôntico, que pode ser executado desde que as condições sejam favoráveis a este procedimento. O retratamento endodôntico é um procedimento realizado no dente que já recebeu uma tentativa anterior de tratamento. O objetivo principal desta nova tentativa é tornar este elemento funcional e confortável para o paciente, o que proporcionará um reparo completo das estruturas de suporte.²

Conforme a literatura nos informa é notável que a prática endodôntica atual, com base nos princípios do controle da infecção, atinge elevado índice de sucesso. Porém, tem sido observado em pesquisas epidemiológicas que uma significativa porcentagem (5% a 30%) de dentes tratados endodônticamente não responde de forma satisfatória à terapia primária instituída.^{2 3}

Nos casos de insucesso, podemos identifica-los por meio de exames clínicos e radiográficos, na maioria das vezes é constatada uma forte associação entre a qualidade técnica do tratamento endodôntico e a prevalência de periodontite apical.⁴

Atualmente na endodontia a peça chave para instituição terapêutica e indicação do tratamento ou retratamento é o diagnóstico. Com este, é possível

observar os aspectos clínicos das alterações pulpares e/ou periapicais, tendo como base o conhecimento, a experiência, bem como nos dados semiológicos e radiográficos, microscópios auxiliares e, acima de tudo o conhecimento clínico do profissional que permitirá um planejamento eficiente do procedimento, levando a um prognóstico satisfatório e favorável. O insucesso endodôntico geralmente é decorrente de fatores técnicos e patológicos ou influenciados por fatores sistêmicos. A prevenção de complicações futuras advindas da manutenção do tratamento endodôntico insatisfatório, em um dente que será portador de prótese fixa com pino intrarradicular, condiz com a indicação imediata de desobstrução do canal radicular e justifica a necessidade de retratamento.⁵

O insucesso endodôntico geralmente é decorrente de uma terapia que foi mal executada, no entanto pode acontecer de o operador seguir todas as etapas e protocolos estabelecidos e mesmo assim haver a persistência do quadro infeccioso, levando ao fracasso. Na maioria das vezes, pode resultar em infecções intraradiculares persistentes.⁶

No entanto, o retratamento endodôntico visa reverter o fracasso ocorrido no tratamento realizado anteriormente, com a nova terapia, busca obter uma forma adequada de reinstrumentação e antissepsia dos canais radiculares, havendo assim uma obturação satisfatória.⁷

Com isso, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de retratamento de incisivo lateral para fins protéticos realizado em sessão única.

RELATO DE CASO

Paciente F.L.R, gênero masculino, 44 anos, compareceu a Clínica do Curso de Especialização em Endodontia do Centro de Pós-graduação de Odontologia (CPGO) em Recife-Pernambuco-Brasil, no dia 29/01/2017, encaminhado da Clínica de especialização em prótese dentária do mesmo estabelecimento para avaliação de lesão no incisivo lateral superior esquerdo (22). Foi relatado pelo paciente que o tratamento endodôntico do elemento havia sido realizado há mais ou menos quatro anos. O mesmo foi encaminhado para realizar uma prótese parcial fixa unitária, a profissional julgou ser necessário efetuar um novo tratamento, devido à presença de lesão.

Na inspeção visual, observou-se que o incisivo lateral superior esquerdo (22), apresentava uma leve inflamação na região cervical da gengiva, devido à prótese provisória estar mal adaptada.

Ao exame físico foi observada ausência de fístula, ausência de mobilidade, ausência de dor ao mastigar. O elemento dentário não respondeu aos testes de percussão vertical, horizontal e palpação apical. Não foi observada presença de bolsa periodontal.

No exame radiográfico inicial foi observada uma área radiolúcida na região periapical do elemento (figura-1).



Figura 1: Radiografia inicial, mostrando área radiolúcida no terço apical.

Diante da história do paciente, exame clínico e radiográfico apresentados, foi constatado a necessidade de realizar um retratamento endodôntico.

Foram expostos ao paciente os riscos, benefícios, alternativas mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi advertido quanto a chance de insucesso.

Para início do procedimento, foi realizado a retirada da coroa provisória, feito o isolamento absoluto, com dique de borracha (Madeitex), top dam (FGM) e cola super bonder, já que não foi possível o uso do grampo no elemento, por apresentar ausência da coroa, foi realizado anestesia local com Mepivacaína HCL a 2% + epinefrina 1:100.000 (DFL), seguindo com a desobturação e reinstrumentação, aqui foram usadas as limas Prodesign S (25.08 - Easy, Belo Horizonte, Brasil) e Prodesign R (25.06 – Easy, Belo Horizonte, Brasil) a irrigação foi feita abundantemente com hipoclorito de sódio a 2,5% e com agulhas específicas para irrigação, do tipo navitip (ultradent) com stop de silicone para evitar possíveis acidentes, a aspiração foi feita com o kit de aspiração em aço inoxidável (Indusbello- Londrina).



Figura 2: Isolamento absoluto visto por visão indireta.

Foi observada a necessidade do uso do Microscópio Eletrônico, para verificar uma possível trinca cervical, que inicialmente parecia se estender até o terço médio (não confirmada), desta forma foi possível trabalhar de maneira segura, conduzindo o retratamento de forma satisfatória.

A odontometria foi realizada com auxílio do localizador apical eletrônico (Propex pixi, Dentsply- Suíça), isto possibilitou a correta localização do comprimento de trabalho com segurança. Para certificar de que foi realizada a limpeza foraminal adequada foi utilizado a lima 25.01 (Easy – Brasil, Belo Horizonte) no comprimento real do dente (CRD).

Foi realizado agitação da solução irrigante através da Easy Clean (Easy, Belo Horizonte, Brasil) acoplado ao motor (X-Smart Plus-Maillefer-Dentsply, Suíça), acionado por 20 segundos, com o canal inundado pelo hipoclorito, seguido pelo EDTA (Ácido Etilenodiamino Tetra-acético (Biodinâmica), também por 20 segundos, irrigando, aspirando e inundando com hipoclorito novamente por 20 segundos, fazendo a sequência por 3 ciclos. Feito este procedimento, realizou a radiografia da prova do cone, o qual foi adaptado com o cone compatível com a lima usada para o preparo (25.06), (Maillefer-Dentsply, Suíça).



Figura 3: Radiografia- Prova do cone.

Visto a boa adaptação do cone, realizou-se a secagem do canal com cones de papel absorvível (Dentsply, Suíça), previamente esterilizado. Assim, realizou-se a obturação com cimento Sealer 26 (Dentsply, Suíça) e a cimentação da coroa provisória realizada com auxílio do cimento de hidróxido de cálcio Dycal (Dentsply, Suíça). Encerrando com a radiografia final, a qual nos mostrou que o resultado correspondeu ao esperado.



Figura 4: Radiografia final com instalação da coroa provisória.

O paciente foi encaminhado à clínica de Especialização em Prótese Dentária do CPGO para confecção da prótese parcial fixa unitária, reabilitando a sua saúde bucal de forma estética e funcional.

Quatro meses após a realização do retratamento endodôntico fez-se uma radiografia para avaliar a possível evolução da situação. O paciente segue sem apresentar sintomatologia dolorosa, e está dando continuidade ao seu tratamento reabilitador.



Figura 5: Radiografia inicial e proservação após quatro meses do retratamento (com desobturação para confecção do núcleo).

DISCUSSÃO

Elementos dentários submetidos a uma terapia endodôntica pela primeira vez apresentam uma taxa elevada de sucesso, no entanto, nem sempre este tratamento inicial ocorre de forma satisfatória, quando isso acontece temos que recorrer ao retratamento endodôntico. Este procedimento pode ser executado desde que as condições sejam favoráveis. Com o novo tratamento, busca-se permitir que o elemento dentário se apresente de forma funcional e confortável para o paciente, reparando também as suas estruturas de suporte.²

Apresentam-se na lista de fatores de fracassos endodônticos: a periodontite apical em fase de desenvolvimento, canais obturados de forma inadequada, cujas obturações estão aquém do limite e infecções bacterianas que persistem. Isso pode levar o paciente a apresentar dor ou não, havendo

ausência de sintomatologia dolorosa, a terapia endodôntica é realizada quando necessita realizar um procedimento com fins protéticos.⁸

A literatura nos mostra que se no período de quatro anos não houver regressão da lesão, mesmo que o paciente seja assintomático é necessário fazer uma análise do caso, buscando encontrar o porquê de não haver exclusão da lesão, e se o paciente necessitar realizar uma colocação de prótese fixa unitária, como no caso discutido acima, em hipótese alguma esta lesão pode ser negligenciada. É unânime entre os artigos e trabalhos revisados que o não combate da infecção e a presença de microorganismos é considerada como fator principal do fracasso do tratamento, isso nos leva a concordar com esta colocação. A lesão periapical persiste quando os procedimentos endodônticos não alcançaram um nível satisfatório no controle da infecção.⁹

Imura et al., 2000¹⁰, realizou um experimento de 2000 casos clínicos realizados por um único operador, que chegou a conclusão em seu estudo que a modalidade de intervenção convencional apresentou uma porcentagem de sucesso estatisticamente maior (94%) que a do retratamento endodôntico 85,9%. Avaliou-se também a porcentagem de sucesso encontrada entre três diferentes modalidades de retratamento: com remoção de núcleo protético, remoção de guta percha e remoção de cones de prata, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre as três categorias de retratamento executadas 84,9%, 86% e 89,7% respectivamente.

Os índices de sucesso encontrados nos retratamentos de modo geral apresentaram valores inferiores ao tratamento inicial encontrados na primeira intervenção com uma média de 94%. A média encontrada para retratamentos foi de 88%. Apesar de menor percentual em relação à primeira intervenção, o retratamento endodôntico ainda representa uma opção mais conservadora e viável para manutenção do elemento dental. Conforme alguns estudos, os autores avaliaram que os fracassos no tratamento endodôntico se caracterizavam pela presença de lesão periapical, devido da disseminação e invasão de microrganismos resistentes na região do periápice com sintomatologia dolorosa^{11,12,13,14,15}, nos quais 94% dos casos observados, o

fator que apresenta em destaque dos casos avaliados é a obturação deficiente.¹⁶

O tratamento endodôntico não deve ser considerado como finalizado após a obturação do canal radicular, o acompanhamento pós-operatório deve ser continuado, principalmente quando houver áreas radiolúcidas, esta fase é de extrema importância, pois nos permite avaliar se as etapas executadas foram bem ou mal sucedidas. Devemos levar em consideração alguns critérios para analisar os índices de sucesso endodôntico, estes estão relacionados principalmente com: ausência de sinais clínicos ou sintomas de infecção após tratamento, função preservada, ausência de sinais radiográficos de patologia, redução do tamanho e densidade de lesão quando previamente existentes.¹⁷

A presença de lesão, não determina se o tratamento deve ser realizado em sessão única ou não, o que determina a necessidade de mais sessões são os aparecimentos durante o tempo de trabalho, bem como dificuldades e intercorrências, que no momento venham a existir. Não existe uma regra que todo retratamento deve ser realizado em sessões múltiplas, cada operador decide a necessidade de realizar o tratamento em sessão única ou múltipla, o mais importante é saber identificar o limite e necessidade de cada caso.

A anatomia interna dos elementos dentários naturalmente favorece a presença de bactérias, que estão presentes nas ramificações, istmos, reentrâncias, túbulos dentinários ou até mesmo no espaço extra-radicular, devido a esta complexidade as medidas usadas para o combate da infecção podem ser insuficientes. Podendo assim causar uma infecção apical, quando os microorganismos chegarem à região perirradicular.¹⁸

É de grande importância à incorporação de novas tecnologias como o uso do microscópio eletrônico, é uma ótima ferramenta na obtenção de diagnósticos cada vez mais precisos, apresenta um destaque quando usado para diagnosticar fraturas dentárias, é uma excelente ferramenta quando suspeitamos de fraturas verticais, pois nos permite observar a parede interna dos canais radiculares de forma precisa e detalhada. O M.O., por meio de sua magnificação, mostra detalhes anatômicos do assoalho da câmara pulpar e da

entrada dos canais radiculares, de modo a permitir que se faça uma excelente cirurgia de acesso.^{9,18,19}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste estudo, constatou-se que o retratamento endodôntico pode ser realizado em sessão única, de forma segura, desde que todas as etapas do tratamento sejam executadas de maneira correta e sigam todos os protocolos atualizados estabelecidos.

O acompanhamento após o tratamento proposto realizado é de fundamental importância para que seja estabelecido parâmetro de sucesso acerca do tratamento endodôntico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOCIEDADE EUROPÉIA DE ENDODONTIA. Quality Guidelines for Endodontic Treatment: Consensus report of the European Society of Endodontology. **International Endodontic Journal**, Oxford, v. 39, n.12,p.921-930.2006;
2. Carr GB. Retratamento In: Cohen S, Burns RC. Caminhos da polpa. 7ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 747-51;
3. Hoen MM, Pink FE. Contemporary endodontic retreatments: an analysis based on clinical treatment findings. *J Endod* 2002, 28(12):834-6;
4. Eriksen HM. Epidemiologia da periodontite apical. In: Orstavik D, Pitt Ford TR. Fundamentos da endodontia - Prevenção e tratamento da periodontite apical. 1. ed. São Paulo: Santos; 2004. p.179-91;
5. Estrela C. Ciência endodôntica. São Paulo: Artes Médicas; 2004;
6. GARCIA JÚNIOR, Juarez Sátiro et al. Avaliação radiográfica da eficiência de diferentes instrumentos rotatórios no retratamento endodôntico. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 2, 2008;
7. GABARDO, M.C.L. et al. Microbiologia do insucesso do tratamento endodôntico. **Revista Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 11-17. 2009;
8. BRITO-JÚNIOR, M. et al. Prevalência e etiologia do retratamento endodôntico – estudo retrospectivo em clínica de graduação. **RFO**, v.14, n.2, p. 117-120, 2009;

9. Castellucci A. Magnification in endodontics: the use of the operating microscope. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2003;15(5):377-84;
10. Imura N, Zaia AA, Gomes BPFA, Ferraz CCR, Teixeira FB, Souza-Filho FJ. Fatores de sucesso em Endodontia: Análise Retrospectiva de 2000 casos clínicos. *Ver Assoc Paul Cir Dent*. 2004; 58: 29-34;
11. OCCHI, I.G.P.; SOUZA, A.A.; RODRIGUES, V.; TOMAZINHO, L.F. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da UNIPAR. **UNINGÁ Review**, v. 8, n. 2, p. 39-46. 2011;
12. OLIVEIRA, A. C. M.; DUQUE, C. Métodos de avaliação da resistência à infiltração em obturações endodônticas. **RBO**, v. 69, n. 1, 2012;
13. YAMASHITA, J. C. et al. Retratamento endodôntico: avaliação da capacidade de limpeza por diferentes técnicas. *Salusvita, Bauru*, v. 18, n. 1, p. 123-129, 1999;
14. VIVAN, R. R. et al. Evaluation of Different Passive Ultrasonic Irrigation Protocols on the Removal of Dentinal Debris from Artificial Grooves. **Brazilian Dental Journal**, v. 27, n. 5, p. 568-572, 2016;
15. VAN DER SLUIS, L. W. M.; VERSLUIS, M.; WU, M. K.; WESSELINK, P. R. Passive ultrasonic irrigation of the root canal: a review of the literature. **International Endodontic Journal**, v. 40, n. 6, p. 415-426, 2007;
16. LUCKMANN, G.; DORNELES, L. de C.; GRANDO, C. P. Etiologia dos insucessos dos tratamentos endodônticos. **Vivências: Revista**

Eletrônica de Extensão da URI. Erechin, v. 9, n.16, p. 133-139, maio 2013;

- 17.Chandra A. Discuss the factors that affect the outcome of endodontic treatment. **Aust Endod J.** 2009; 35:98-107;
- 18.Lopes HP, Siqueira Júnior JF. **Endodontia:** Biologia e Técnica. 2^a. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2004. p. 937-47;
- 19.Wu MK,Shemesh H,Wesselink PR. Limitation of previously published systematic reviews evaluating the outcome of endodontic treatment. *Int Endod J.*2009; 42: 656-666.