

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

Ítalo Pinto da Silva

**CONDUTA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA EM DENTE COM LESÃO
PERIRRADICULAR REFRATÁRIA À TERAPIA ENDODÔNTICA: relato de caso.**

Natal, RN
2019

Ítalo Pinto da Silva

**CONDUTA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA EM DENTE COM LESÃO
PERIRRADICULAR REFRATÁRIA À TERAPIA ENDODÔNTICA: 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 conclusão do Curso de Especialização em Endodontia.

Área de Concentração: Endodontia.

Orientadora: Profa. Ms. Flávia de Lima Cavalcanti Spinelli.

Natal, RN

2019



Monografia intitulada “**CONDUTA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA EM DENTE COM LESÃO PERIRRADICULAR REFRAATÁRIA À TERAPIA ENDODÔNTICA: relato de caso**” de autoria de **Ítalo Pinto da Silva**, aprovada em: **11/Maio/2019** pela banca examinadora composta pelos seguintes Professores:

Profa. Ms. Flávia de Lima Cavalcanti Spinelli – CPGO

Profa. Nathália Maria Pereira Ferraz – CPGO

Profa. Dra. Vanessa Lessa Cavalcanti de Araújo – CPGO

Natal – RN, 11 de Maio de 2019.

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

RESUMO

A acurácia diagnóstica na seleção de casos de dentes submetidos à terapia endodôntica mal sucedida é fundamental para se determinar a conduta terapêutica a ser estabelecida, pois, considerando a multiplicidade de causas do insucesso associadas ou não a fatores microbianos, há casos que se faz necessário recorrer-se à cirurgia parendodôntica visando à remoção de todas elas. Este estudo tem o escopo de descrever caso de retratamento, e sua evolução, realizado em dente inicialmente diagnosticado com 'lesão perirradicular difusa refratária'. Concluído o retratamento, a radiografia final evidenciou linha de fratura no terço médio da raiz e a permanência do material obturador extravasado. Decorridos 18 meses de preservação clínicorradiográfica, sinais conclusivos de reparação tecidual não foram observados. Foi realizada uma tomografia computadorizada de feixe cônico, que revelou, como possíveis causas do insucesso, perfuração radicular associada à sobreobturação provocadas pela intervenção anterior, achado que demandará complementação terapêutica por meio de cirurgia parendodôntica ou exodontia. O relato demonstra a importância de se realizar criterioso diagnóstico quando da seleção de casos de insucesso endodôntico, visando identificar todos os fatores causais e, por conseguinte, determinar tratamento revestido de fundamentação biológica e um correto prognóstico para o caso.

Palavras-chave: Endodontia. Diagnose. Retratamento. Prognóstico.

ABSTRACT

The diagnostic accuracy in the selection of cases of teeth submitted to unsuccessful endodontic therapy is fundamental to determine the therapeutic behavior to be established, because, considering the multiplicity of causes of failure associated with microbial factors or not, there are cases that it is necessary to resort to endodontic surgery aimed at the removal of all of them. This study has the scope to describe a case of retreatment, and its evolution, carried out in a tooth initially diagnosed with 'refractory diffuse periradicular lesion'. After the retreatment, the final radiograph showed a fracture line in the middle third of the root and the presence of extravasated obturator material. After 18 months of clinic-radiographic preservation, conclusive signs of tissue repair were not observed. A conical beam computed tomography scan revealed as root causes of failure, root perforation associated with overblocking caused by the previous intervention, a finding that will require therapeutic complementation through endodontic surgery or exodontia. The report demonstrates the importance of performing diagnostic criteria when selecting cases of endodontic failure, in order to identify all the causal factors and, therefore, to determine treatment based on a biological basis and a correct prognosis for the case.

Keywords: Endodontics. Diagnosis. Retreatments. Prognosis.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	06
2 – RELATO DE CASO	10
3 – DISCUSSÃO	12
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	14
REFERÊNCIAS	15
APÊNDICE E ANEXOS	16

1 INTRODUÇÃO

A finalidade do tratamento endodôntico, seja ele primário ou secundário, é a obtenção de condições perirradiculares radiograficamente normais, com ausência de inflamação nos tecidos da área, visando à recuperação do dente comprometido em seus aspectos biológicos, funcionais e estéticos (RICUCCI; SIQUEIRA, 2010).

Evidências científicas apontam que a completa remissão da inflamação e a formação de novo trabeculado ósseo caracterizam o sucesso da terapia endodôntica (SOUZA FILHO, 2015).

Nesse sentido, pode se afirmar que o tratamento endodôntico somente é bem sucedido quando a região periapical neutralizar os efeitos do conteúdo tóxico ali presentes ou quando reparar uma lesão preexistente (LEONARDO, 2017).

Em contraposição, a detecção de sinais e/ou sintomas de doença perirradicular associados a dentes tratados endodonticamente, após um período razoável de preservação, indicam fracasso do tratamento, quase sempre resultante de falhas técnicas na execução dos procedimentos voltados para eliminação e controle da infecção intra e/ou extrarradicular (SIQUEIRA JR., 2001).

De fato, o sucesso da terapia endodôntica está relacionado ao diagnóstico e planejamento correto do caso, ao método de tratamento e de obturação empregados, a habilidade do operador, ligado às dificuldades técnicas que o caso apresenta (DE DEUS, 2002).

As lesões periapicais refratárias à terapia endodôntica costumam ser os achados mais frequentes no *follow-up*, na maioria, complicações resultantes de falhas técnicas (VALDRIGHI; BALTIERI, 2015). No entanto, embora haja divergências na literatura, acredita-se que todos esses casos de insucessos tenham como fator causal microrganismos presentes no canal ou nos tecidos perirradiculares (SIQUEIRA JR., 2015).

É certo que, diante do insucesso endodôntico, desde que haja condições viáveis, duas condutas terapêuticas podem ser seguidas: a reintervenção no sistema de canais radiculares (Retratamento convencional) e/ou a cirurgia perirradicular apical. Quando adequadamente indicadas, certamente resultará em prognóstico favorável. A opção entre uma ou outra, ou mesmo a associação de ambas, dependerá de vários fatores, a saber: viabilidade de acesso ao canal, localização e situação anatômica do dente, presença de peças protéticas, qualidade do

tratamento endodôntico realizado anteriormente, envolvimento periodontal, entre outros (FRIEDMAN; STABLOHZ, 1986).

O retratamento convencional consiste basicamente em remover-se todo o material obturador, realizar-se novo preparo químico mecânico e promover-se o selamento do sistema de canais radiculares (reobturação) com o objetivo de corrigir as deficiências da terapia endodôntica anteriormente realizada que deram causa ao insucesso endodôntico sem intervenção cirúrgica (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

O retratamento por meio da cirurgia parendodôntica é recurso utilizado toda vez que não for possível remover o agente etiológico causal do insucesso pela via do endodonto, possibilitando o acesso perirradicular para se remover o tecido inflamado e proceder com a limpeza, modelagem e selamento da porção apical do canal radicular ou do local perfuração (ORSO; FILHO, 2006).

Embora o retratamento convencional seja, na maior parte dos casos, a conduta de primeira escolha, objetivando corrigir as deficiências e inadequações do tratamento antecedente, deve ser ressaltado que, a depender da seleção do caso, tal conduta nem sempre é viável ou suficiente para corrigir o fracasso endodôntico, sendo, por vezes, necessário recorrer-se à microcirurgia perirradicular como último recurso clínico (KARABUCAK; SETZER, 2009).

Como exemplos de indicações para a realização de cirurgia parendodôntica, têm-se os casos de lesões perirradiculares que não responderam ao tratamento endodôntico, especialmente em dentes com canais adequadamente obturados que apresentem sinais e sintomas clinicorradiográficos que caracterizem a não remissão do quadro infeccioso, dentes restaurados proteticamente com retentor intraradicular e/ou prótese fixa e os casos sintomáticos de sobreobturação em que a reintervenção intracanal não foi suficiente para corrigir a falha, exigindo-se a curetagem do material extravasado na região perirradicular. (FAGUNDES et al., 2011).

Citam-se, ainda, como exemplos, o estabelecimento de drenagem, o alívio de dor, as complicações anatômicas, os problemas iatrogênicos, traumatismo, as falhas em tratamentos previamente realizados, os problemas durante o tratamento, os problemas periodontais e a necessidade de biópsia (BRAMANTE; BERBERT, 2000). Sendo indicada, também, quando duvidoso o prognóstico da obturação convencional, nos casos de perfuração radicular, ápices incompletos ou dilatados, elementos estranhos na região apical e periapical, e detecção de canais não obturados durante a inspeção transcirúrgica (KUGA et al., 1992).

Poder-se-ia citar, enfim, casos de fratura radicular horizontal, de terço médio ou apical, especialmente diante de necrose pulpar, em que não é possível o preparo biomecânico do fragmento apical da raiz, com prognóstico de reparação perirradicular imprevisível, indicando a necessidade de remoção cirúrgica desse fragmento ou mesmo a exodontia (MARION *et al.*, 2013).

Assim, considerando a multiplicidade de causas do insucesso do tratamento associadas ou não a fatores microbianos (GAVINI; PINHEIRO, 2015), observadas as bases científicas até aqui delineadas, fácil concluir que antes de decidir-se pela conduta a ser instituída, é fundamental que o profissional realize uma minuciosa análise clínica e de imagens (radiográficas e tomográficas) do dente e de sua região perirradicular, para decidir pela viabilidade ou não de um retratamento não cirúrgico.

Por conseguinte, o objetivo desse trabalho é relatar a conduta clínica de reintervenção endodôntica, e sua evolução, instituída diante de caso selecionado como lesão perirradicular difusa refratária, visando demonstrar a importância do diagnóstico clínico e por imagem, na determinação do tratamento e prognóstico, quando da seleção de casos de insucesso endodôntico.

2 RELATO DE CASO

Paciente J.Q.F., gênero feminino, 32 anos, apresentou-se à clínica endodôntica, encaminhada pela Ortodontia, referindo que se submeteu a tratamento endodôntico do incisivo lateral superior (22), há mais de ano, e que, desde então, vem apresentando inchaço e ferimento no palato.

Durante a consulta inicial, a paciente portava radiografia panorâmica cujo laudo (Anexo A) indicava presença de material extravasado, conduto totalmente obturado, reabsorção radicular externa e rarefação óssea na região perirradicular do dente referido.

A paciente foi então submetida ao exame físico e radiográfico (periapical) do incisivo lateral superior (22), evidenciando-se ligeiro abaulamento e pequena lesão mucosa, de aspecto compatível com fístula, na região do palato, não se observando dor à palpação apical ou à percussão vertical/horizontal; na sondagem periodontal não se constatou presença de bolsa, nem de mobilidade dentária; radiograficamente, evidenciou-se extravasamento de material obturador e rarefação óssea perirradicular, sendo o caso selecionado como de 'lesão refratária' decorrente de terapia endodôntica mal sucedida em razão de falha técnica (sobreobturação).

O aspecto inicial da região pode ser observado nas Figuras 01 e 02.

Ante o quadro, optou-se por se realizar o retratamento endodôntico convencional.

Para tanto, após o acesso ao conduto radicular, sob isolamento absoluto, removeu-se parte da obturação (terço cervical e médio) com o uso de instrumento rotatório mecanizado – Limas D1 e D2 ProTaper Universal Retratamento (Dentsply-Maillefer, Ballaigues, Suíça) – introduzindo-se, em seguida, limas tipo K lateralmente à massa de guta-percha, intercalando-se com limas *Hedströen*, de calibres compatíveis com o conduto, aplicando-se a respectiva cinemática de movimentos, na tentativa de atingir o nível mais apical do material extravasado, objetivando apreender e remover em bloco a obturação (Figura 03).

No entanto, dificuldades técnicas não permitiram realizar esse intento, ou mesmo destacar a porção do material extravasado, para a região perirradicular.

Ato contínuo, estabelecido o limite apical de trabalho, procedeu-se com a remoção do material obturador e remodelagem do canal até a região apical, no

Comprimento Real de Trabalho (CRT) de 20mm, por meio da instrumentação manual até a lima K (anatômica final) *Tip* nº 80, utilizando-se como solução irrigadora o hipoclorito de sódio (NaOCl) a 2,5% (Química Amparo Ltda., São Paulo – SP, Brasil)

Após o preparo biomecânico, para complementar a limpeza do canal radicular promoveu-se a agitação mecânica da solução irrigante (NaOCl) e do EDTA a 17% (Biodinâmica Química e Farmacêutica, PR, Brasil) no conduto, utilizando o instrumento Easy Clean® (Easy, Belo Horizonte – MG, Brasil) acionado a motor com movimento recíprocante, em 3 ciclos de 20 segundos cada, alternando-se a substância, seguido da lavagem com água destilada, secagem e preenchimento com pasta à base de Hidróxido de Cálcio associado ao Paramonoclorofenol Canforado (Calen + PMCC - SS White, Rio de Janeiro, Brasil), permanecendo esse medicamento por um período inicial de 14 (catorze) dias, com três trocas sucessivas nos 60 (sessenta) dias subsequentes.

Na sequência, a medicação foi removida sob irrigação com hipoclorito de sódio (NaOCl) a 2,5%, e o canal inundado com EDTA a 17% (Biodinâmica Química e Farmacêutica, PR, Brasil) e secado novamente, procedendo-se, enfim, com a sua obturação, pela técnica de condensação lateral a frio, utilizando-se cones de guta-percha e cimento obturador MTA Fillapex® (Angelus, Londrina, PR, Brasil).

Por fim, inseriu-se Coltosol (Vigodent, Rio de Janeiro, Brasil) e ionômero de vidro (Maxxion, São Paulo, Brasil) no terço cervical do canal e foi realizada a blindagem coronária com resina fotopolimerizável Z100 (3M, São Paulo, BRASIL).

Findo o retratamento, realizou-se a tomada radiográfica final, evidenciando-se a presença de linha de fratura horizontal, no terço médio da raiz, preenchida pelo cimento obturador utilizado, constatando-se, também, a permanência, no nível mais apical, do material extravasado. (Figura 04)

Após um período de 11 meses de preservação, embora ausentes sinais e sintomas clínicos, foi realizado novo exame de imagem radiográfica que não apresentou características conclusivas de que houve reparo tecidual (Figura 05). Realizou-se, então, tomografia de feixe cônico (Anexo B), cujo laudo (Anexo C) apontou extensa lesão hipodensa osteolítica abaulando tábua óssea palatina, associada aos ápices dos dentes 21 e 22, reabsorção radicular do dente 21, perfuração e material extravasado no terço médio vestibular do dente 22, sendo possível concluir que o retratamento convencional fracassou. (Figuras 06, 07 e 08).

3 DISCUSSÃO

Uma vez diagnosticado o fracasso endodôntico, ao menos duas condutas devem ser consideradas visando à obtenção de um prognóstico favorável, quais sejam: a reintervenção endodôntica convencional e a cirurgia parendodôntica, sendo aquela a conduta de primeira escolha sempre que o acesso ao canal radicular for possível (FRIEDMAN; STABHOLTZ, 1986)

No caso em relato, a opção terapêutica pelo retratamento convencional deveu-se ao fato de estar-se diante de lesão perirradicular refratária, evidenciada com base em critérios clínicos (abaulamento e fístula na região do palato) e radiográficos (extravasamento de material obturador e rarefação óssea perirradicular difusa), cuja causa foi atribuída apenas à falha técnica na modelagem e obturação do canal (sobreobturação), negligenciando-se sobre a presença de fratura e perfuração no terço médio de raiz. Ressalte-se que esse diagnóstico inicial foi elaborado com base em imagem radiográfica obtida em única incidência periapical, não se utilizando qualquer outro recurso semiotécnico auxiliar.

É certo que as fraturas radiculares, especialmente as intraalveolares verticais, longitudinais ou oblíquas, bem como as perfurações, raramente são diagnosticadas pelos meios semiológicos convencionais, dada a baixa sensibilidade do exame radiográfico nesses casos, principalmente quando a imagem é obtida em única incidência. Não por outra razão, é imperativo realizar-se radiografias anguladas (horizontal/vertical) para que, pelo menos em uma angulação, o feixe de raios-X perpasse pela linha da fratura ou da perfuração e torne-se visível na radiografia (COHEN; HARGREAVES, 2007).

Como recurso semiotécnico auxiliar tem-se o diagnóstico através da tomografia de feixe cônico (*Cone Beam*), cuja produção de imagens não se limita a morfologia do dente, evidenciando o espaço do ligamento periodontal, a morfologia do canal, presença e extensão de lesões perirradiculares, defeitos no osso alveolar, linhas de fraturas radiculares e perfurações (PATEL S., et al., 2009).

Essa falta de acurácia diagnóstica, evidenciada pela não realização de radiografias anguladas e/ou tomografia, conforme preconizado pela literatura especializada, no presente caso, resultou numa produção de imagem limitada à morfologia do dente, superposta pelo cone de guta percha, não permitindo a visualização da presença da fratura horizontal e da perfuração radicular.

Assim, a partir do quadro apresentado é que foi feita a opção pelo retratamento convencional, permeado com trocas sucessivas de medicação intracanal, e estabelecida uma previsão de evolução (prognóstico) favorável para o caso, negligenciando-se a indicação de cirurgia parestodônica complementar.

Ocorre que, como já referido, o retratamento convencional nem sempre é viável ou suficiente para corrigir o fracasso endodôntico, mais ainda quando resultante de perfurações, trincas ou fraturas radiculares, sendo, por vezes, necessário recorrer-se à microcirurgia perirradicular como último recurso clínico antes da exodontia. (KARABUCAK; SETZER, 2009).

É assim, porque o sucesso dos procedimentos não cirúrgicos frente a tais situações clínicas está na dependência de vários fatores, a saber: o grau de severidade do dano causado ao periodonto, a sua extensão e localização, o adequado selamento proporcionado pelo material obturador e da biocompatibilidade deste, a eliminação da infecção bacteriana no local etc. (FUKUNAGA et al., 2007).

No caso ora relatado, embora ausentes sinais e sintomas clínicos sugestivos do insucesso, exames de imagens obtidos para preservação não apresentaram características conclusivas de reparo tecidual perirradicular.

Ao invés disso, no último exame (tomografia – Anexos B e C) evidenciou-se a presença de extensa lesão (hipodensa/osteolítica) abaulando tábua óssea palatina, associada à região perirradicular dos dentes 21 e 22, reabsorção radicular do dente 21, perfuração e material extravasado no terço médio vestibular do dente 22.

De modo que se pode afirmar que a opção terapêutica pelo retratamento convencional, isoladamente, não se constituiu na conduta mais adequada para o caso, pois, constatado que o insucesso não se deveu apenas à falha na modelagem e obturação (sobreobturação), mas, também, a causas outras (perfuração e fratura radicular) que apontam para a necessidade de realizar-se cirurgia parestodônica complementar para, havendo condições favoráveis, proceder-se com a remoção do material obturador extravasado, selamento da perfuração, curetagem do tecido de granulação e exame histopatológico da lesão, como último recurso antes da exodontia, conforme preconizado pela literatura especializada citada em linhas anteriores (FAGUNDES *et al.*, 2011; BRAMANTE e BERBERT, 2000; KUGA *et al.*, 1992; MARION *et al.*, 2013).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância desse relato e das evidências científicas descritas reside na demonstração de que, quando do diagnóstico e planejamento de casos de insucessos endodônticos, especialmente em dentes com quadro de lesão perirradicular refratária, um criterioso exame clínico e de imagem é determinante para a tomada de decisão quanto à conduta terapêutica a ser instituída.

A falta de acurácia nesse campo da semiotécnica pode conduzir o profissional à realização de tratamento não revestido de uma fundamentação biológica correta, comprometendo o prognóstico, haja vista a multiplicidade de fatores que podem estar associados na etiologia do fracasso endodôntico, a exemplo de perfurações e fraturas radiculares, achados que, a despeito da opção pelo retratamento endodôntico convencional se constituir em primeira escolha, quase sempre demandarão cirurgia pararendodôntica complementar, ou até mesmo a extração do elemento dentário.

REFERÊNCIAS

- BRAMANTE, C.M.; BERBERT, A. **Cirurgia paraendodôntica**. São Paulo: Santos; 2000.
- COHEN, S.; HARGREAVES, K.M. **Caminhos da polpa**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007.
- DE DEUS, Q. D. **Endodontia**. 5 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. 695 p.
- FAGUNDES R.B., et al. Paraendodontic surgery: an option to resolution of root perforation - case report. **Rev Odontol UNESP**. 2011; 40(5): 272-277.
- FRIEDMAN S.; STABLOHZ, A. Endodontic – retreatment – Case selection and technique. Part 1: Critéria for case selection. **J Endod**. 1986; 12: 28-33.
- FUKUNAGA, D., et al. Utilização do agregado de trióxido mineral (mta) no tratamento das perfurações radiculares: relato caso. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 347-353, set/dez 2007
- KARABUCAK, B.; SETZER, C. Conventional and surgical retreatment of complex periradicular lesions with periodontal involvement. **J Endod**. 2009;35(9): 1310-5
- KUGA, M.C., et al. Cirurgia paraendodôntica com obturação simultânea dos canais radiculares. **Rev Assoc Paul Cir Dent**. 1992;46:817-20.
- LEONARDO, M. R.; LEONARDO, R. T. **Tratamento de canais radiculares: avanços técnicos e biológicos de uma endodontia minimamente invasiva em nível apical e periapical**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2017. 468 p.
- LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J.F. **Endodontia: Biologia e Técnica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 817 p.
- MARION, J. J. C., et al. Horizontal root fracture in the middle third: Case report. **Dental Press Endod**. 2013 Jan-Apr;3(1):88-93.
- ORSO VA; FILHO MS. Cirurgia paraendodôntica: quando e como fazer. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**. 2006;47:20-3
- RICUCCI, D.; SIQUEIRA, J.F. Biofilms and apical periodontitis: study of prevalence and association with clinical and histopathologic findings. **J.Endod**. 2010; 36: 1277.
- SIQUEIRA Jr., J.F.: A etiology of root canal treatment failure: why well-treated teeth can fail. **Int Endod J** 2001; 34:1-10.
- SOUZA FILHO, F. J. (Org.). **Endodontia passo a passo: evidências clínicas**. São Paulo: Artes Médicas, 2015. 216 p.
- VALDRIGHI, L.; BALTIERI, P. Avaliação dos tratamentos de canais radiculares. *In*: SOUZA FILHO, F. J. (Org.). **Endodontia passo a passo: evidências clínicas**. São Paulo: Artes Médicas, 2015. 216 p.
- PATEL, S; DAWOOD, A; WHAITES, E; FORD, T.P. New dimensions in endodontic imaging: part 1. Conventional and alternative radiographic systems. **Int Endod J**. 2009;42(6) : 447-62).

APÊNDICE A – SEQUÊNCIA DE IMAGENS DO CASO CLÍNICO

Figura 01 - Aspecto inicial da região vestibular do elemento dentário 22.



Figura 02 - Aspecto radiográfico inicial da lesão perirradicular do elemento 22.



Figura 03 - Figura 03: Aspecto radiográfico da lima Hedström em apreensão do material obturador.

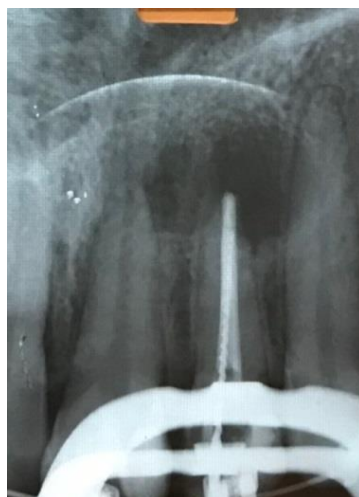


Figura 04 - Aspecto radiográfico Pós- operatório imediato.



Figura 05 - Aspecto radiográfico. Proservação. 11° mês.

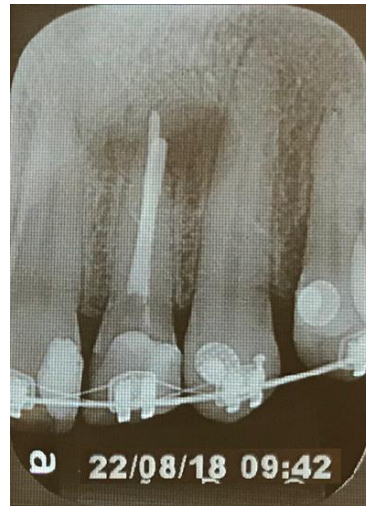


Figura 06 - Aspecto tomográfico da região. Proservação. Reconstrução 3D. 18° mês.



Figura 07: Aspecto tomográfico da região. Proservação. Corte coronal. 18° mês.

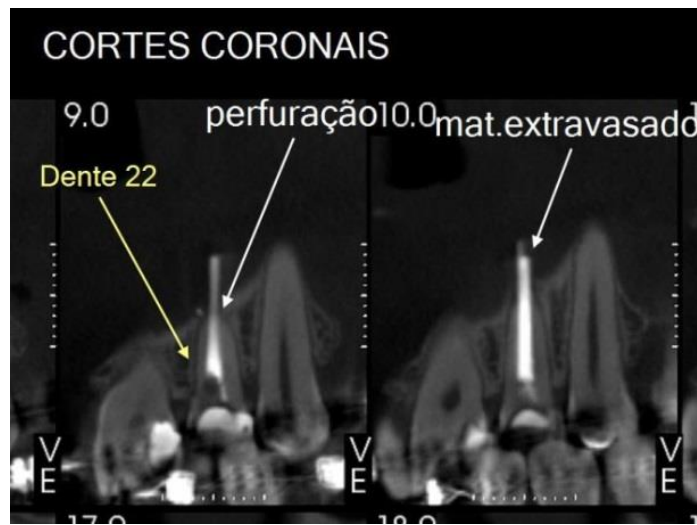
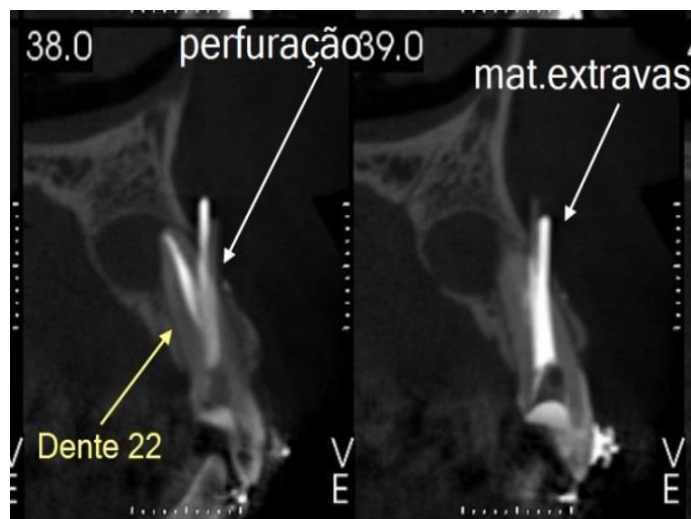


Figura 08: Aspecto tomográfico da região. Proservação. Corte transversal. 18° mês.



ANEXO A – LAUDO RADIOGRÁFICO - RADIOGRAFIA PANORÂMICA


IORN

Instituto
Odonto-Radiológico
de Natal

UNIDADE I - R. Otavio Lamartine, 514 - Petrópolis | Cep. 59020-050 | Natal/RN | Tel.: (84) 3221-4049 | (84) 3211-1789
 UNIDADE II - Shopping Seaway - Av. Eng. Roberto Freire, 1962, Loja 17 | Capim Macio | Cep. 59082-400 | Natal/RN | Tel.: (84) 3642-3896

Gustavo Henrique F. Coelho (CRO-RN 1354) Maira Fanha Souto (CRO-RN 2806) Lília Rocha Holanda (CRO-RN 2952)

LAUDO RADIOGRÁFICO



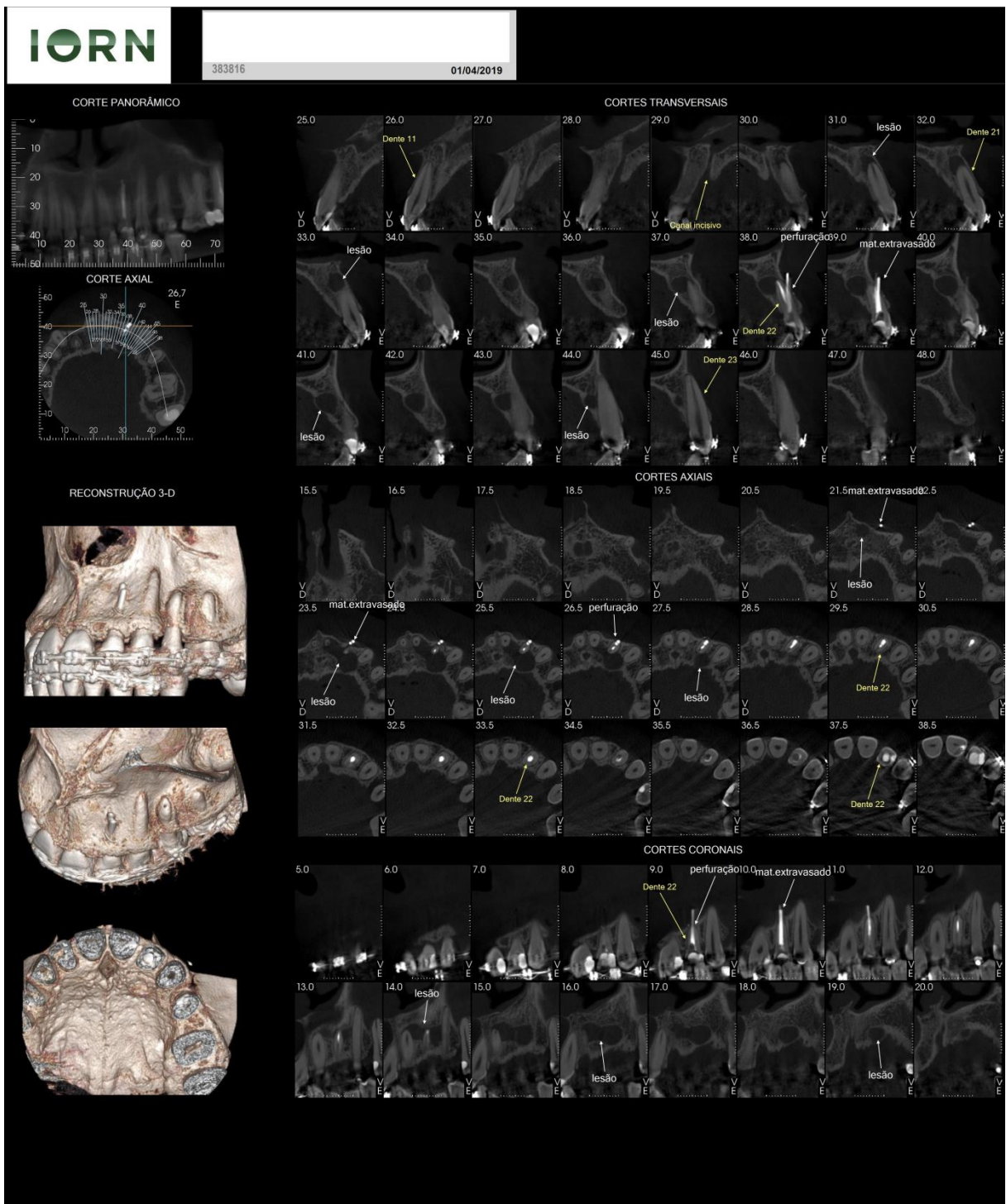
RADIOGRAFICAMENTE, AS ÁREAS ASSINALADAS NO ODONTOGRAMA SUGEREM:

<input type="checkbox"/> Aspecto normal <input type="checkbox"/> Cárie <input type="checkbox"/> Cárie incipiente <input type="checkbox"/> Fratura de coroa/restauração <input type="checkbox"/> Destruição coronária <input type="checkbox"/> Restauração sem adaptação cervical <input type="checkbox"/> Restauração com excesso <input checked="" type="checkbox"/> Restauração com contorno irregular <input type="checkbox"/> Restauração sem ponto de contato <input type="checkbox"/> Restauração com recidiva de cárie <input type="checkbox"/> Restauração estética/cárie <input type="checkbox"/> Restauração provisória <input type="checkbox"/> Forramento radiolúcido ou recidiva de cárie <input checked="" type="checkbox"/> Material extravasado <input type="checkbox"/> Coroa com recidiva de cárie <input type="checkbox"/> Coroa sem adaptação cervical <input type="checkbox"/> Coroa com excesso <input type="checkbox"/> Núcleo intracanal sem adaptação cervical <input type="checkbox"/> Núcleo intracanal com recidiva de cárie <input type="checkbox"/> Núcleo fora do longo eixo <input type="checkbox"/> Pôntico <input type="checkbox"/> Preparo protético <input checked="" type="checkbox"/> Conduto totalmente obturado <input type="checkbox"/> Conduto parcialmente obturado <input type="checkbox"/> Conduto com ausência de obturação <input type="checkbox"/> Obturação retrógrada <input type="checkbox"/> Odontossecação <input type="checkbox"/> Corte cirúrgico <input type="checkbox"/> Calcificação pulpar/nódulo pulpar <input type="checkbox"/> Fragmento de instrumento endodôntico <input type="checkbox"/> Envolvimento endopéριο <input type="checkbox"/> Cálculo supra/infra gengival <input type="checkbox"/> Reabsorção óssea alveolar horizontal/vertical <input type="checkbox"/> Rebordo irregular	<input type="checkbox"/> Reabsorção óssea alveolar do tipo "defeito ósseo" <input type="checkbox"/> Lesão da bi ou trifurcação <input type="checkbox"/> Perfuração de raiz <input type="checkbox"/> Aumento do espaço pericoronário <input type="checkbox"/> Espessamento do espaço periodontal <input type="checkbox"/> Rarefação óssea circunscrita <input type="checkbox"/> Rarefação óssea com aspecto cístico <input checked="" type="checkbox"/> Rarefação óssea difusa <input type="checkbox"/> Hipercementose <input type="checkbox"/> Raiz residual <input type="checkbox"/> Esclerose óssea <input type="checkbox"/> Osteíte condensante <input type="checkbox"/> Atrofia óssea por desuso <input type="checkbox"/> Sequestro/espícula óssea <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Torus mandibular/palatino <input type="checkbox"/> Displasia cemento-óssea periapical <input type="checkbox"/> Extensão alveolar do seio maxilar <input type="checkbox"/> Extensão anterior do seio maxilar <input type="checkbox"/> Fenômeno de retenção de muco <input type="checkbox"/> Velamento sinusal <input checked="" type="checkbox"/> Reabsorção radicular externa <input type="checkbox"/> Reabsorção radicular interna <input type="checkbox"/> Arredondamento apical <input type="checkbox"/> Remodelação apical por tratamento ortodôntico <input type="checkbox"/> Rizogênese incompleta <input type="checkbox"/> Rizólise <input type="checkbox"/> Fratura radicular <input type="checkbox"/> Fratura mandibular <input type="checkbox"/> Fratura da cabeça da mandíbula <input type="checkbox"/> Dente ausente <input type="checkbox"/> Avulsão recente <input type="checkbox"/> Dente em formação <input type="checkbox"/> Irrupção dentária <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Permanência do decíduo	<input type="checkbox"/> Dente supranumerário <input type="checkbox"/> Raiz supranumerária <input type="checkbox"/> Dilaceração de raiz/coróa <input type="checkbox"/> Dente incluído e/ou impactado <input type="checkbox"/> Dente semi-incluído <input type="checkbox"/> Dente ectópico <input type="checkbox"/> Infraoclusão <input type="checkbox"/> Apinhamento dentário <input type="checkbox"/> Extrusão/intrusão dentária <input type="checkbox"/> Atrição/abrasão dentária <input type="checkbox"/> Erosão dentária <input type="checkbox"/> Anodontia <input type="checkbox"/> Dente conóide <input type="checkbox"/> Fusão/geminação <input type="checkbox"/> Microdontia <input type="checkbox"/> Taurodontia <input type="checkbox"/> Giroversão <input type="checkbox"/> Migração/transposição <input type="checkbox"/> Anomalia de coroa/raiz <input type="checkbox"/> Posicionamento por: vestibular/palatino/lingual <input type="checkbox"/> Posicionamento equidistante <input type="checkbox"/> Implante com aspecto normal <input type="checkbox"/> Implante com rarefação óssea <input type="checkbox"/> Enxerto ósseo <input type="checkbox"/> Imagem fantasma <input type="checkbox"/> Artefato de técnica <input type="checkbox"/> Calcificação do ligamento estilo-hióideo <input type="checkbox"/> Diastema <input type="checkbox"/> Calcificação distrófica <input type="checkbox"/> Mesialização/distalização dentária <input type="checkbox"/> Assimetria de posicionamento <input type="checkbox"/> Desvio de septo nasal <input type="checkbox"/> Alteração morfológica da cabeça da mandíbula <input type="checkbox"/> Desgaste da eminência articular <input type="checkbox"/> Outros: _____
--	---	--

Observações: _____

Gustavo Henrique F. Coelho
 C.D. - Radiologista
 CRO-RN 1354 - CPF: 203.669.543-34

ANEXO B – TOMOGRAFIA – REGIÃO DO ELEMENTO DENTÁRIO 22



ANEXO C – LAUDO TOMOGRÁFICO - REGIÃO DO ELEMENTO DENTÁRIO 22



LAUDO RADIOGRÁFICO TOMOGRAFIA VOLUMÉTRICA DE FEIXE CÔNICO

Paciente:

Indicação: Dr. Ítalo Pinto da Silva

Data: 01/04/2019

Idade: 33a 8m

Razão do exame: Avaliação dentária.

Técnica: Tomografia computadorizada volumétrica de feixe cônico (cone beam)

Região de interesse: Maxila região do elemento 22.

Descrição do exame: O exame apresenta um corte panorâmico, um corte axial para demonstração da localização dos cortes transversais em número de 24, vinte e quatro cortes axiais, dezesseis cortes coronais, e reconstruções 3-D, sendo estas apenas de caráter ilustrativo, impressos em 01 filme. As mensurações apresentadas correspondem às linhas (horizontal e vertical) traçadas sobre as imagens e se apresentam em escala verdadeira de 1:1.

Os seguintes aspectos foram observados na região estudada:

Ausência do elemento dentário: 25;

Conduto radicular obturado, perfuração e material extravasado no terço médio vestibular do elemento dentário: 22;

Reabsorção radicular externa apical no elemento dentário: 21;

Lesão hipodensa, osteolítica, abaulando tábuas ósseas palatina, associada aos ápices dos elementos 21 e 22. Sugiro exame histopatológico para confirmação de diagnóstico.