



CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA  
FACULDADE SETE LAGOAS

LARISSA GABRIELE BATISTA GOMES

**INTERCORRÊNCIAS DURANTE A TÉCNICA DE OBTURAÇÃO: RELATO DE  
CASO**

RECIFE

2021

LARISSA GABRIELE BATISTA GOMES

**INTERCORRÊNCIAS DURANTE A TÉCNICA DE OBTURAÇÃO: RELATO DE  
CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização *Lato Sensu* apresentado à Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Me Sebastião Pedro dos Santos Neto

Coorientador: Prof.<sup>a</sup> Me Kamylla Yolanda de Souza e Silva

RECIFE

2021

Monografia intitulada “**Intercorrências durante a técnica de obturação: relato de caso**” de autoria da aluna Larissa Gabriele Batista Gomes.

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



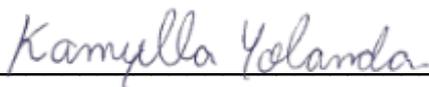
---

Profª Me. Alessandra Souza Leão Costa Lima



---

Profª Dra. Grasielle Assis da Costa Lima



---

Prof. Me. Kamylla Yolanda de Souza e Silva

*Dedico a minha família, ao meu noivo, amigos e todos que acreditaram e torcem por mim.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à **Deus** por ter me dado saúde e inteligência para superar todas as dificuldades que não foram poucas e conseguir chegar onde estou.

Agradeço de forma especial ao meu pai **Clóvis Gomes** e à minha mãe **Mércia Rodrigues**, por não medirem esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante, por todo amor, carinho, ensinamentos, dedicação e empenho.

Agradeço ao meu irmão **Caio Gomes** por sempre estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida e compartilhar tudo comigo.

Agradeço à minha avó **Marlete da Silva** e à minha avó **Marta Gomes** por toda torcida, amor e carinho de sempre em minha vida.

Agradeço ao meu noivo **Leonardo Rodrigues** pelo companheirismo, compreensão, amor, carinho e dedicação.

Agradeço aos **meus professores** por toda orientação, paciência, ajuda e dedicação que me foram dados.

Agradeço a minha coorientadora **Kamylla Yolanda** por toda paciência, ajuda, orientação e compreensão.

Agradeço **as professoras** por aceitarem o convite de compor minha banca, disponibilidade e contribuição.

Agradeço à toda **minha família** por serem tão companheiros e especiais.

Agradeço à todos os meus **amigos**, principalmente aos que ganhei nessa graduação pois são presentes, sem eles tudo seria muito mais difícil.

## RESUMO

O tratamento endodôntico tem como objetivo a manutenção do elemento dental em função no sistema estomatognático, sem causar prejuízos à saúde do paciente. Tendo em vista que existe um percentual significativo de sucessos, o insucesso do tratamento está principalmente relacionado com a persistência de bactérias intra e extra radiculares, deficiente preparo químico mecânico e obturação inadequada do sistema de canais. Sendo assim, foi realizado, o retratamento endodôntico do dente 46, com diagnóstico de necrose pulpar e abscesso periapical crônico com fístula. Na radiografia final, observou-se uma falha na obturação do canal mesio lingual, em decorrência disso, e sabendo da importância de todas as etapas do tratamento endodôntico, optou-se por realizar o retratamento visando o sucesso.

**Palavras-chave:** Endodontia. Retratamento. Obturação do canal radicular. Necrose pulpar.

## **ABSTRACT**

Endodontic treatment aims to maintain the dental element functioning in the stomatognathic system without harming the patient's health. Since there is a significant percentage of successes, treatment failure is mainly related to the persistence of intra- and extra-rooted bacteria, deficient mechanical chemical preparation, and inadequate filling of the root canal system. Therefore, root canal treatment was performed on tooth 46, with a diagnosis of pulp necrosis and chronic periapical abscess with fistula. In the final radiograph, it was observed a failure in filling the mesiolingual canal. Since this failure could lead to many consequences to the patient, including the persistence of bacterial infection, it was necessary to carry out retreatment aiming at endodontic success.

**Keywords:** Endodontics. Retreatment. Root Canal Obturation. Pulp necrosis.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	9
2	CASO CLÍNICO.....	11
3	DISCUSSÃO.....	15
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
5	REFERÊNCIAS.....	
6	ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	

## 1 INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico tem como objetivo tratar e prevenir o desenvolvimento de lesões perirradiculares, devolvendo o elemento dental ao sistema estomatognático, sem prejuízos a saúde do paciente. Sabe-se que, uma endodontia bem planejada e executada propicia resultados almejados e contribui para o sucesso do tratamento (SILVA, 2019). A obturação do canal radicular é a etapa final do tratamento endodôntico, e visa o preenchimento total do espaço radicular devidamente preparado que antes era ocupado pela polpa. Um dos fatores que determinam o sucesso da terapia endodôntica é o limite apical da obturação, ou seja, a distância observada entre o material obturador e o ápice da raiz, podendo esse valor variar entre 0 a 2 mm, o que pode ser avaliado através da radiografia final (RICUCCI et al., 2016).

Os insucessos são resultados de preparações inadequadas dos canais, obturações com falta de selamento apical, infiltração na restauração, canais não tratados e iatrogenias como: transporte apical, pequenas cavidades de acesso, perfurações, desvios e fraturas de instrumentos (PRADA et al., 2019). A subobturação acontece quando o limite da obturação se encontra aquém do ápice radicular, ou seja, a distância entre o ápice e o material obturador é maior que 2 mm. Tal condição pode trazer consequências e prejuízos no sucesso do tratamento, tendo em vista que a região apical pode não ter sido completamente instrumentada e a limpeza da região, conseqüentemente negligenciada. O acúmulo de bactérias na região pode gerar inflamação periapical (DULGOU, 2004).

Diante de uma falha ou insucesso, o retratamento endodôntico é uma das alternativas de primeira escolha e estabelecer a etiologia do insucesso é fundamental para realizar o planejamento do retratamento (AGNES, 2009). O retratamento endodôntico baseia-se na realização de um novo tratamento, seja por fracasso anterior ou porque se deseja fazer um tratamento mais correto ou adequado. O retratamento consiste em realizar a remoção do material obturador, a reinstrumentação e a reobturação de canais radiculares, com o objetivo de superar as deficiências da terapia endodôntica anterior (SIQUEIRA JUNIOR et al., 2011).

Dessa forma, o objetivo desse trabalho foi relatar um caso clínico onde foi realizado o tratamento endodôntico em dente com necrose pulpar e abscesso periapical crônico com fístula. Na radiografia final, observou-se uma falha na obturação do canal mesio lingual, em decorrência disso, foi necessário realizar o retratamento visando o sucesso endodôntico.

## 2 CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 47 anos, procurou atendimento na clínica do curso de Especialização em Endodontia no Centro de Pós-Graduação em Odontologia.

Na anamnese sua queixa principal foi “dor no dente e a bolinha que se formava sempre no mesmo local”. Ao realizar exame intraoral foi observado presença de fístula, coloração avermelhada na região da fístula e curativo prévio com ZOE (Cimento de óxido de zinco e Eugenol) no dente 46. Os testes de sensibilidade pulpar ao frio e de cavidade foram negativos. Na tomografia computadorizada de feixe cônico, foi observado lesão periapical extensa e espessamento do ligamento periodontal. O diagnóstico clínico foi abscesso periapical crônico e reabsorção externa. Foi realizado tratamento endodôntico. Na radiografia final (Figura 1) observou-se que o cone do canal ML estava dobrado.

Para retratar, após a anestesia de bloqueio regional da mandíbula com Mepivacaína 2% 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil), foi iniciada a remoção do ZOE com ponta diamantada esférica 1014 (KG Sorensen, São Paulo, Brasil).

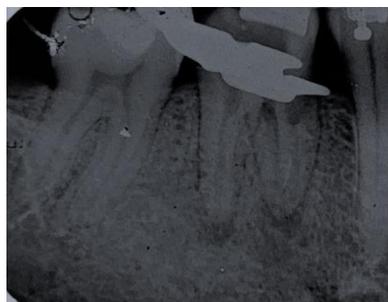
O isolamento absoluto foi realizado com grampo metálico número 202 (Golgran, São Paulo, Brasil) e lençol de borracha (MKLife, Porto Alegre, Brasil).

O retratamento foi realizado com o motor endodôntico X-Smart Plus (Dentply Sirona, Ballaigues, Suíça). A neutralização do conteúdo séptico foi feita com hipoclorito de sódio à 2,5%, 3 ml a cada irrigação e aspiração. Descontaminando terço a terço.



**Figura 1:** Radiografia periapical, observa-se o cone dobrado no canal mesio lingual.

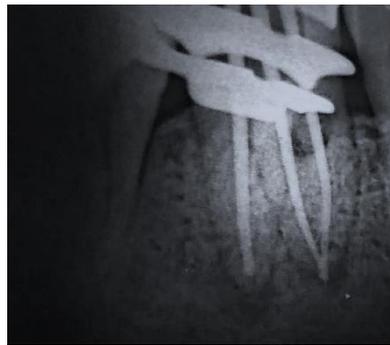
Foi realizada a desobturação dos canais mesio lingual e distal, com as limas #20.06 (350rpm e 1,5N), #25.08 (900rpm e 4N) e #30.10 (900rpm e 4N) Logic RT (Easy, Belo Horizonte, Brasil). Irrigação com hipoclorito de sódio à 2,5%. Na sessão seguinte foi realizada a desobturação do canal mesio vestibular e finalizada a desobturação dos canais distal e mesio lingual (Figura 2) com as limas Logic RT (Easy, Belo Horizonte, Brasil). Após a desobturação foram usadas a X1 Blue (MK life, Porto Alegre, Rio Grande do Sul), #35.05 Wave One Gold Medium (Denstply Sirona, Ballaigues, Suíça) e #45.05 Larg (Denstply Sirona, Ballaigues, Suíça) nos 3 canais. Limas manuais também foram usadas para maior ampliação foraminal #45k (Denstply Sirona, Ballaigues, Suíça) nos canais mesiais e no distal até a lima #80k (Denstply Sirona, Ballaigues, Suíça). Irrigação com hipoclorito de sódio à 2,5%. A medicação intracanal utilizado foi o tricresol e o cimento de ionômero de vidro para selamento coronário (FGM, Santa Catarina, Brasil).



**Figura 2:** Radiografia periapical do dente 46, após a desobturação dos canais distal, mesio vestibular e mesio lingual.

Na última sessão foi realizada a prova do cone (Figura 3) no canal distal com o cone 80 (Dentsply Sirona, York, EUA) e nos canais mesiais o cone FM da Odous

calibrado em 45 (Odous de Deus, Belo Horizonte, Brasil). Foram realizados dois protocolos finais de agitação das soluções irrigadoras, sendo o primeiro protocolo com agitação através do dispositivo Easy Clean (Easy, Belo Horizonte, Brasil), em 3 ciclos de 20s de hipoclorito de sódio à 2,5%, soro e EDTA (Maquira, Paraná, Brasil). As soluções foram agitadas na mesma sequência com o inserto ultrassônico E1 (Helse, Santa Rosa de Viterbo, São Paulo, Brasil), com o ultrassom da Microdont (Microdont, São Paulo, Brasil). A secagem dos canais, previamente a obturação foi realizada com cone de papel absorvente (Dentsply Sirona, York, EUA) em cada canal, referente ao diâmetro da última lima utilizada (IM). O cimento obturador AH Plus (Dentsply Sirona, York, EUA) foi introduzido junto ao cone de guta-percha calibrado nos canais. Foi realizada a técnica de condensação lateral no canal distal e cone único nos mesiais.



**Figura 3:** Radiografia periapical do dente 46, prova do cone.



**Figura 4:** Radiografia periapical do dente 46. Radiografia final.

Tabela 1: Medidas utilizadas durante o retratamento.

<b>CANAL</b>	<b>CAD</b>	<b>CPT</b>	<b>ODONTOMETRIA(CRD)</b>	<b>IM</b>
<b>D</b>	21 mm	17 mm	23 mm	80 K
<b>MV</b>	21 mm	17 mm	22,5 mm	50 k
<b>ML</b>	21 mm	17 mm	22,5 mm	50 k

### 3 DISCUSSÃO

Apesar dos avanços na Endodontia, há casos que resultam em fracasso. Os fatores mais frequentes associados a falha do tratamento endodôntico, se deve principalmente à persistência de bactérias intra e extra radiculares, deficiente preparo químico mecânico e obturação inadequada do sistema de canais (PRADA et al., 2019).

A profilaxia e o preparo dos canais radiculares é responsabilidade do preparo mecânico, das soluções irrigadoras e medicação intracanal, que atuam nas áreas não atingidas pela instrumentação. As taxas de sucesso variam entre 80% a 90%, quando o canal é devidamente instrumentado, descontaminado e obturado. O limite e alargamento apical são elementos essenciais para aumentar as taxas de sucesso do tratamento endodôntico. A qualidade do preparo químico-mecânico, do preenchimento dos canais e do selamento marginal são fatores que também contribuem para o êxito da terapêutica (LOPES; SIQUEIRA JR., 2015).

Segundo um estudo realizado por Luckmann et al. (2013), através de revisão de literatura em base de dados, concluíram que apesar da taxa de insucesso ser mínima os erros mais comuns foram: material obturador que não promove adequado selamento, reabsorções dentais, perfuração, obturação deficiente, calcificações, restaurações inadequadas e microinfiltrações; erros na acomodação da contenção interradicular e contaminação microbiana. No caso do paciente a presença de lesão periapical extensa e obturação deficiente, ocasionou a tomada de decisão para o retratamento.

Segundo Brito Junior et al. (2009), foi constatado que a obturação deficiente é a principal causa de retratamento endodôntico, tendo em vista que não é apenas a subobturação que influencia no fracasso do tratamento, e sim a relação existente entre a obturação deficiente e a ineficácia dos procedimentos intraoperatórios fazendo com que haja a permanência de bactérias no interior do canal.

Taschierri et al. (2011) e Dulgou (2004) explicam através de um estudo que a persistência de lesão periapical está extremamente relacionada a obturação deficiente, pois as falhas no selamento apical associado a instrumentação ineficiente, permitem a presença de infiltrações de bactérias que sustentam a lesão no periapice. Portanto, a correta desinfecção e limpeza do canal radicular associado a uma

obturação tridimensional com os limites adequados, é essencial para o sucesso do tratamento, e regressão da lesão periapical instalada.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É de extrema importância que cada etapa do tratamento endodôntico seja bem conduzida. A etapa de obturação, deve ser bem conduzida e realizada, a fim de que os limites se apresentem satisfatórios e não haja a ocorrência de sobreobturação ou subobturação. E caso ocorra, o retratamento endodôntico é uma alternativa para atingir o sucesso do tratamento. Portanto o profissional precisa ter o conhecimento teórico e prático das tecnologias presentes no mercado para melhor condução dos casos.

## REFERÊNCIAS

- AGNES, A.G. **Retratamento Endodôntica: revisão de literatura** [Monografia], Porto Alegre, Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, 2009.
- BAPTISTA, D. P. L. D. **Insucesso endodôntico: diagnóstico e etiologia**. 2011. Tese de Doutorado.
- BRITO-JÚNIOR, M.; CAMILO, C. C.; FARIA-E-SILVA, A. L.; SOARES, J. A. **Prevalência e etiologia do retratamento endodôntico – estudo retrospectivo em clínica de graduação**. RFO. v.14, n.2, p. 117-120, 2009.
- DULGOU, C. **Discuss the Prevention And Management Of Procedural Errors During Endodontic Treatment**. Australian Endodontic Journal, v.20, n.2, p.74-78, 2004.
- ESTRELA C. **Ciência Endodôntica, Diagnóstico do insucesso endodôntico**. Artes Médicas, São Paulo. 2004, 2: 588-61.
- LOPES, H.P.; SIQUEIRA Jr, J.F. **Endodontia. Biologia e técnica. 4ª ed**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- LUCKMANN, G.; DORNELES, L. C.; GRANDO, C. P. **Etiologia dos insucessos dos tratamentos endodônticos**. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI, v. 9, n. 16, p. 133-139, 2013
- PEREIRA, R.S.; RODRIGUES, V.A.A.; FURTADO, W.T.; GUEIROS, S.; PEREIRA, G.S.; AVILA-CAMPOS, M.J. **Microbial analysis of root canal and periradicular lesion associated to teeth with endodontic failure**. Anaerobe. 2017;48:12-8.
- PRADA, I.; MICÓ-MUÑOZ , P.; GINER-LLUESMA, T.; MICÓ-MARTÍNEZ, P.; COLLADO-CASTELLANO, N.; MANZANO-SAIZ, A. **Influence of microbiology on endodontic failure. Literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal**. 2019 May 1;24(3):e364-e372. doi: 10.4317/medoral.22907. PMID: 31041915; PMCID: PMC6530959.
- RICUCCI, D., et al. **Apically Extruded Sealers: Fate and Influence on Treatment Outcome**. Journal of Endodontics, v.42, n.2, p.243-249, 2016.
- SILVA, H.G.S.M. **Insucessos no tratamento endodôntico: revisão de literatura [monografia]**, GOVERNADOR MANGABERA: FACULDADE MARIA MILZA; 2019.

SIQUEIRA JF, J.R. **Aetiology of root canal treatment failure: why well-treated teeth can fail.** Int Endod J. 2001 Jan;34(1):1-10. doi: 10.1046/j.1365-2591.2001.00396.x. PMID: 11307374.

SIQUEIRA, J.R.; José Freitas et al. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 161-5, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/download/296/246>.

SOUSA, V. C., GONTIJO, G., PAULA, J. R., MIGUEL, J. G., GUTIÉRREZ, O. A., & SILVA, J. A. (jan./mar. 2018.). **Tratamento do insucesso endodôntico.** ROBRAC ,LILACSExpress | LILACS | ID: biblio-906090. Biblioteca responsável: BR1540.9, 44-48.

STUART, C.H.; SCHWARTZ, S.A.; BEESON, T.J.; OWATZ, C.B. **Enterococcus faecalis: its role in root canal treatment failure and current concepts in retreatment.** J Endod. Feb 2006;32(2):93-98.

TABASSUM, S.; KHAN, F.R. **Failure of endodontic treatment: The usual suspects.** Eur J Dent. 2016;10:144-7.

TASCHIERI, S., et al. **Endodontic surgery failure: SEM analysis of root-end filling.** Journal of Oral Science, v. 53, N. 3, p.393-396, 2011

**ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Curso de Endodontia Professores Responsáveis Dr. Glauco dos Santos  
Ferreira CRO/PE Nº6564

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, JAISSON ESTÁCIO DE OLIVEIRA  
RG. 4054086, autorizo a realização de Tratamento de canal,  
consciente que será realizado num curso de Especialização em  
Endodontia e que poderá levar três ou quatro sessões de três horas  
cada consulta.

Recife, 13/09/20

ASSINATURA

