

FACULDADE DE TECNOLOGIA DE SETE LAGOAS

DANIELLE MELO OLIVEIRA

REMOÇÃO DE RETENTOR METÁLICO INTRARRADICULAR: RELATO DE
CASO CLÍNICO.

RECIFE

2016

DANIELLE MELO OLIVEIRA

REMOÇÃO DE RETENTOR METÁLICO INTRARRADICULAR: RELATO DE
CASO CLÍNICO.

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

Orientador: Prof. Doutor Túlio Pessoa de Araújo.

RECIFE
2016

REMOÇÃO DE RETENTOR METÁLICO INTRARRADICULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

Prof. Doutor Túlio Pessoa de Araújo¹
Danielle Melo Oliveira²

1- Mestre e Doutor em Prótese Dentária pela FORP - USP

2- Aluno do curso de Especialização em Prótese Dentária pela Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas

Oliveira, Danielle Melo

Remoção de retentor metálico intrarradicular: Relato de caso/ Danielle Melo
Oliveira. – 2016.

17f. ; il.

Orientador: Túlio Pessoa de Araújo

Monografia(especialização) – Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas,
2016. 1. Retentor intrarradicular. 2. Remoção. 3. Coroa em cerâmica

I. Título.

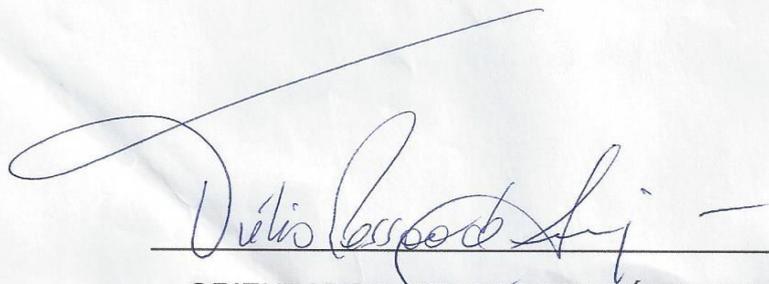
II. Túlio Pessoa de Araújo

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE – CIODONTO

TÍTULO: REMOÇÃO DE RETENTOR METÁLICO INTRARRADICULAR: RELATO DE CASO CLÍNICO.

De autoria do aluno(a): Danielle Melo Oliveira

Aprovado pela banca examinadora constituída pelos professores:



ORIENTADOR: PROFESSOR TÚLIO PESSOA DE ARAÚJO
GRUPO CIODONTO

EXAMINADOR:

GRUPO CIODONTO

RECIFE

09/12/2016

RESUMO

Na clínica diária podemos nos deparar com situações de remoção de retentores intra-radulares. Nesses casos, deve-se ter no consultório recursos mais eficazes, já que a remoção de núcleos metálicos fundidos é ainda um grande passo, principalmente quando estes retentores apresentarem tamanho e formas inadequadas. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso de remoção de um retentor metálico, retratamento endodôntico e confecção de uma nova coroa em cerâmica.

Palavras-chave: retentor intrarradicular; remoção; coroa em cerâmica.

ABSTRACT

In the daily clinic, there are situations that we have to remove intrarradicular retainers. In these cases, more effective resources should be available in the dental office, since the removal of posts metal cores is still a great challenge, especially when these retainers present inadequate dimensions and shapes. The aim of this study was to present a case of removal of a metal retainer, endodontic retreatment and a new ceramic crown.

Keywords: intrarradicular retainers ; removal ; ceramic crown .

INTRODUÇÃO

Há mais de 200 anos dentes tratados endodonticamente com extensa perda de estrutura coronária tem sido um grande desafio clínico para a odontologia. Dependendo da qualidade da estrutura coronária perdida, torna-se necessário a utilização de um retentor intrarradicular com finalidade principal de promover retenção e estabilidade das restaurações diretas ou indiretas ao tecido dental remanescente.¹ (Rocha et al;prothes.lab.sei2015,4(14).(143-151)

Reconstruções de dentes unirradiculares com tratamento endodôntico envolvem, muitas vezes, a instalação de um retentor intrarradicular. Vários tipos de retentores intrarradiculares fabricados com diferentes materiais são utilizados atualmente, dentre eles se destacam os metálicos fundidos e os pré-fabricados. A fragilidade da união entre os retentores intrarradiculares pré-fabricados e os materiais de preenchimento, assim como a forma pela qual as cargas oclusais se dissipam pelo remanescente dentário, são fatores importantes na durabilidade dessas restaurações.² Julio Celso Nogueira, tese de doutorado

É importante ressaltar que a seleção do retentor mais adequado para cada situação clínica pode interferir diretamente na longevidade do tratamento restaurador, sendo necessário levar-se em conta alguns critérios tais como: localização do dente, quantidade de remanescente coronário, configuração do canal radicular, condições periodontais do paciente, elasticidade e compatibilidade do material do pino. Atualmente diversos grupos de pesquisadores vêm utilizando pino de matérias ainda mais modernos como a fibra de vidro, a fibra de quartzo e até mesmo a zircônia, que favorecem principalmente a estética, sendo amplamente indicados para restaurações anteriores.³Mazaro, ET al, revista odontológica de aracatuba

Durante muito tempo, houve a unanimidade no uso dos núcleos metálicos fundidos como retentores intrarradiculares, no entanto sua estética é bastante discutida. Todavia, ainda são indicados para dentes tratados endodonticamente com ampla destruição coronária, principalmente aqueles com menores remanescentes coronários, especialmente em altura.¹

Os pinos não-metálicos rígidos podem ser de matérias cerâmicos com zircônia. Os pinos cerâmicos/zircônia objetivam aliar as propriedades positivas

dos pinos metálicos, com a vantagens de um material mais estético e inerte aos tecidos vivos.¹

Sistemas cerâmicos podem ser indicados para restaurações de dentes anteriores, já que a encontrada resistência à fratura das restaurações for acima da máxima força oclusal na dentição natural.¹

Os pinos de fibras não metálicos flexíveis (fibra de vidro/resinosos/fibra de carbono) aparecem como uma forte alternativa para restaurações em áreas estéticas, com certa limitação do carbono. Também é através dessa mesma característica, mas sem baixo modulo de elasticidade que muitos autores afirmam que esse sistema possuem uma ótima biomecânica, uma vez que bem instalada acredita-se que esses pinos consigam criar um monobloco com a porção radicular, proporcionando melhor distribuição de forças.¹

Durante a execução de um plano de tratamento odontológico, o cirurgião-dentista se depara, muitas vezes, com a necessidade de retratamento do sistema de canais radiculares. Isso, devido à presença de reparo dos tecidos periapicais ou do tratamento endodônticos inadequados. Contudo, em algumas situações o acesso a esse sistema encontra-se obstruídos por núcleos e pinos intrarradiculares, os quais devem ser removidos previamente à reintervenção endodôntica.⁴

A remoção de núcleos metálicos fundidos é ainda um grande desafio ao endodontista principalmente quando estes retentores apresentam dimensões e formatos inadequados. Em especial, nesses casos a remoção pode resultar em comprometimento da integridade do remanescente radicular e conseqüentemente, em necessidade exodontia da raiz residual fraturada.⁴

Dessa forma, o presente trabalho teve por objetivo descrever um caso clinico de remoção de um pino retentor metálico intrarradicular, utilizando-se as vibrações ultrassônica auxiliada po uso de brocas.

RELATO DE CASO

A paciente M.S.S, 65 anos, gênero feminino, compareceu à clínica odontológica do Curso de Especialização em Prótese dentária (CPO- Recife), queixando-se de dor e edema no elemento 21. Foi realizado na primeira consulta uma radiografia periapical da região (Figura 1), observou a ausência de material obturador, oxidação do núcleo retentor de cobre e imagem radiolúcida na região apical, sugestiva de cisto periapical.



Figura 1. Radiografia periapical com imagem radiolúcida.

Nesta mesma consulta foi realizado teste de palpação e percussão vertical, verificou-se a presença de sintomatologia dolorosa. Devido aos sintomas de edema e dor, foi prescrito amoxicilina e clavulanato de oito em oito horas, por 7 dias.

Na consulta seguinte, a coroa protética em alumina foi removida com auxílio da broca transmetal, expondo as faces do pino metálico. Nessa mesma sessão foi iniciado a remoção do retentor intrarradicular, através da vibração promovida pelas pontas ultra-sônicas EMS-PM20 (Figura 2 e 3) em conjunto com brocas diamantadas de alta rotação. Na terceira consulta, conseguiu realizar a remoção do retentor (Figura 4).



Figura 2 e 3. Ultra som EMS-PM20.



Figura 4. Retentor metálico removido.

Em seguida, foi realizado o retratamento endodôntico, com o sistema rotatório wave-one (Figura 5), utilizando as limas small, primary e large, foi utilizado hidróxido de cálcio callen PMCC como curativo ao término da instrumental, obturando com cimento H-plus (Figura 6), após 15 dias devido a lesão apical.



Figura 5. Limas do sistema rotatório wave-one.

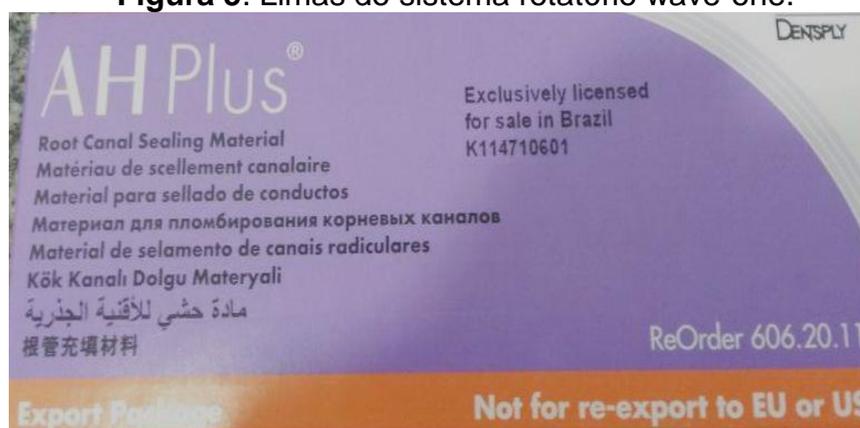


Figura 6. Cimento H-plus.

Na consulta posterior, foi realizado a desobturação parcial do conduto radicular, mantendo (1/3) do comprimento do canal obturado. O passo seguinte, foi a modelagem do pino retentor, utilizando pinjet e resina acrílica Refine-Kota (Figura 7 e 8). O mesmo foi encaminhado ao laboratório protético a fim de realizar a fundição do núcleo metálico.



Figura 7. Pinjet.



Figuras 8. Resina acrílica autopolimerizável kota.

Na sessão seguinte, foi realizado a cimentação adesiva do núcleo com Panavia-kururay (Figura 9 e 10) e moldagem com troquel para confecção do coping de zircônia.

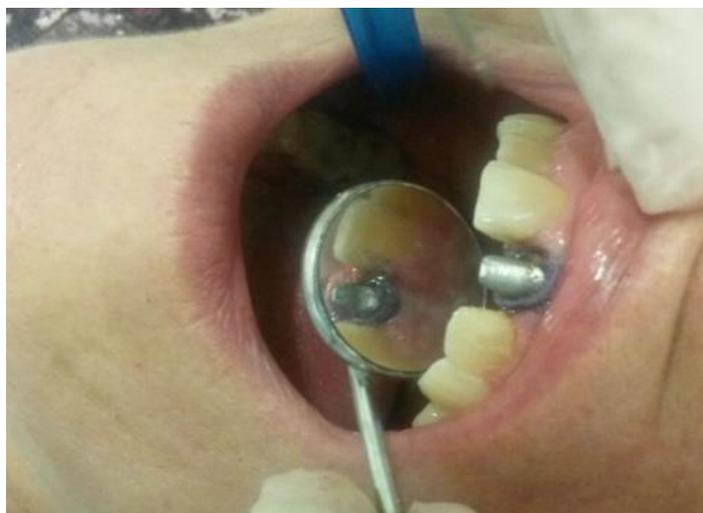


Figura 9 e 10. Núcleo cimentado e Panavia.

Posteriormente, foi feita a prova do coping, escolhida a cor e realizado a moldagem de transferência para a aplicação de cerâmica na coroa definitiva (Figura 11).



Figuras 11. Escolha da cor.

Por último, foi realizado a cimentação da coroa definitiva com Panavia-kuraray. A paciente saiu satisfeita com a execução do trabalho (Figura 12).



Figuras 12. Coroa definitiva cimentada

DISCUSSÃO

A taxa de insucesso do tratamento endodôntico citada na literatura atual gira em torno de 10%.⁵ A primeira opção de tratamento para esses casos é o retratamento endodôntico, porém devido ao fracasso, a indicação de implante também foi apresentado à paciente. Como a mesma tinha bastante remanescente dentário e ósseo, optou-se pela remoção do retentor metálico e realização de uma nova coroa protética.

Durante os procedimentos de remoção dos retentores intrarradiculares, o protesista pode se deparar com desagradáveis situações, como fraturas de perfuração da raiz remanescente, o que pode levar o fracasso do tratamento. Para evitar essas insatisfações, pôde-se utilizar as técnicas de vibração com ultrassom e desgastes com brocas diamantadas com cuidado e cautela.^{6,7,8,9,10}

O retentor metálico fundido foi escolhido por apresentar a melhor distribuição de tensões, sendo mais uniforme e homogênea, em relação aos pinos pré-fabricados.¹¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabendo-se realizar a remoção do retentor intrarradicular, utilizando recursos adequados, como vibração ultrassônica e desgastes com brocas diamantadas, o procedimento tornou-se viável e correto.

REFERÊNCIAS

1. Rocha IJPB, Fernandes AS, Maricato SML, Fragoso WS, Torres JWM. **Fatores determinantes nas indicações e limitações dos diversos retentores intrarradiculares – revisão de literatura.** Prothes. Lab. Sci. 2015; 4(14); 143-151.
2. Nogueira JC. **Instrumentos abrasivos diamantados e retentores intrarradiculares metálicos pré-fabricados com núcleo, para dentes unirradiculares com tratamento endodôntico: estudo com método dos elementos finitos.** Monografia para obtenção do título de Doutor em Prótese Dentária. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
3. Mazaro JVQ, Dos Santos AB, Zavanelli AC, Mello CC, Lemos CAA, Gennari Filho H. **Avaliação dos fatores críticos para seleção e aplicação dos pinos de fibra – Relato de Caso.** Revista odontológica de Araçatuba, 2014; 35(2) e 26-36.
4. Pantoja CAMS, Pantoja JMCN, Ferraz CCR, Almeida JFA. **Remoção de retentores metálicos intrarradiculares com o saca-pinos M&V: relato de casos clínicos.** RPG Rev Pós Grad, 2011; 18(4): 260-265.
5. Imura N, Pinheiro ET, Gomes BP, Zaia AA, Ferraz CC, Souza-Filho FJ. **The outcomemof endodontic treatment: a retrospective study of 2000 cases perfomed by a specialist.** J Endod, 2007; 33: 1278-1282.
6. DE Deus QD. **Endodontia.** 5. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. Capítulo 10. p.527-535.
7. Estrela CCF, Lopes HP. **Insucessos em endodontia.** In: Estrela C, Figueiredo JAP. **Endodontia: Princípios Biológicos e Mecânicos.** São Paulo: Artes Médicas; 1999. Capítulo 19. P.697-738.
8. Imura N, Zoulo ML. **Remoção de retentor intrarradicular com aparelho de ultra-som.** Rev Assoc Paul Cir Dent 1997; 51(3):262-267.
9. Silva FAP, Valdrighi L, Souza-Filho FJ, Silva TBP. **Técnica de remoção de núcleos intrarradiculares com emprego do saca-pinos M&V.** PCL-Revista Brasileira de Prótese Clínica & Laboratorial 2002; 3(16): 519-526.
10. Stock CJR, Gulabivala K, Walker RT, Goodman JR. **Atlas Colorido e Texto de Endodontia.** 2.ed. Artes Médicas; 1996.p.209-241.
11. Oliveira HE, Ferreira CB, Graça LFA, Bittencourt RC, Vallado ST, Gouveia CVD. **Distribuição das tensões relacionados ao uso de retentores em dentes tratados endodonticamente utilizando o método dos elementos finitos.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, 2012; 12(1);41-46.