FACULDADE SETE LAGOAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA

ADENILTON MENEZES DE SOUZA NETO

TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM USO DE IODOFÓRMIO EM DENTE COM PERIODONTITE APICAL:

Relato de caso clínico

Sete Lagoas
2025

ADENILTON MENEZES DE SOUZA NETO

TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM USO DE IODOFÓRMIO EM DENTE COM PERIODONTITE APICAL:

Relato de caso clínico

Artigo apresentado ao curso de especialização em Endodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Azevedo Rios

Sete Lagoas
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

Souza Neto, Adenilton Menezes de.

S729t

Tratamento endodôntico com uso de iodofórmio em dente com periodontite apical [manuscrito] : Relato de caso clínico / Adenilton Menezes de Souza Neto. – Sete Lagoas, 2025.

16 f. ; il., p&b (9 fotos).

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Endodontia) – Faculdade Sete Lagoas, Sete Lagoas-MG, 2025.

Orientador : Prof. Dr Marcos de Azevedo Rios

1. Endodontia. 2. Periodontite apical. 3. Medicação intracanal. I. Título.

CDD – 617.634 2

Elaborado por Aurilene Araújo da Costa CRB 3/1272

ADENILTON MENEZES DE SOUZA NETO

TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM USO DE IODOFÓRMIO EM DENTE COM PERIODONTITE APICAL:

Relato de caso clínico

Artigo apresentado ao curso de especialização em Endodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Azevedo Rios

Aprovado em 22 de agosto de 2025 pela banca constituída dos seguintes professores:

_____

Prof. Dr. Marcos de Azevedo Rios
Orientador

_____

Prof. Dr. Alexandre Mascarenhas Villela
Avaliador

_____

Profª. Dra. Claudjane de Oliveira Damasceno
Avaliador

TRATAMENTO ENDODÔNTICO COM USO DE IODOFÓRMIO EM DENTE COM PERIODONTITE APICAL:
Relato de caso clínico

ENDODONTIC TREATMENT USING IODOFORM IN A TOOTH WITH APICAL PERIODONTITIS:
Clinical case report

Adenilton Menezes de Souza Neto

Marcos de Azevedo Rios

RESUMO

O sistema de canais é composto por um tecido conjuntivo estéril, chamado polpa, protegido por estruturas como cemento, dentina e esmalte**.** O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de um segundo molar inferior esquerdo, com diagnóstico de periodontite apical assintomática associada à lesão periapical, tratado por meio de terapia endodôntica com medicação intracanal iodofórmio. Foram realizadas as etapas de instrumentação com sistemas reciprocante, rotatório e limas manuais, durante o preparo químico-mecânico os canais foram irrigados com hipoclorito de sódio 2,5%, intercalando fluxo com soro e EDTA 17%, além da agitação sônica. Na etapa de secagem, observou-se secreção persistente, sendo necessário o uso de medicação intracanal, A presença do exsudato indica atividade inflamatória e a medicação de escolha foi o iodofórmio. A obturação dos canais foi realizada, utilizando o cimento AH Plus. O cone foi seccionado na embocadura com a ponta de ultrassom, condensado e, em seguida, procedeu-se à desobstrução do terço cervical. A guta-percha em bastão, previamente aquecida no Porta Guta AV, foi introduzida de forma termoplastificada com o condensador Mcspadden. Por fim, realizaram-se a prova da obturação e o selamento coronário com coltosol e resina. Após o primeiro mês, a paciente não apresentou sintomatologia na região, após três meses, foi possível observar sinais de reparação pela radiografia. Realizado o tratamento com uso da medicação intracanal iodofórmio, foi possível obter sucesso no controle da infecção e posterior obturação dos canais radiculares, com controle radiográfico evidenciando a reparação do tecido periapical nesse caso clinico.

Palavras-chave: Endodontia; Periodontite apical; Medicação intracanal; Exsudato persistente.

1 INTRODUÇÃO

A polpa dental, localizada na parte interna do dente, é um tecido conjuntivo estéril e encontra-se protegida por estruturas como esmalte, dentina e cemento. Quando essa barreira natural é rompida por processos como cáries, lesões traumáticas ou desgaste dental, existe a possibilidade de invasão microbiana no sistema de canais radiculares, promovendo uma infecção (KARAMIFAR, 2020).

O tratamento de canal tem como objetivo preservar ou recuperar a saúde bucal por meio de técnicas como a instrumentação, irrigação, limpeza e desinfecção dos canais radiculares. Esses procedimentos visam promover a cura da região periapical, que pode ocorrer por meio de processos de cicatrização ou regeneração (MACHADO, 2022).

A exposição pulpar pode levar a uma perda de suprimento sanguíneo nesse tecido e, por consequência, gerar uma necrose pulpar e patologias perirradiculares. Os microrganismos são fundamentais no estabelecimento e progressão da condição perirradicular. Uma vez infectado o sistema de canais, promovendo a sua necrose, a defesa do hospedeiro não é capaz de protegê-lo, tampouco o uso de medicação antibiótica é eficaz, pois a necrose pulpar leva à perda da circulação sanguínea na região, não favorecendo a distribuição de células de defesa ou da medicação antibiótica na polpa, já que sua distribuição é garantida pela circulação sanguínea que existia nela (KARAMIFAR, 2020).

Nesse caso, o tratamento de canal é o mais indicado, tendo em vista o objetivo de limpar esse tecido necrosado, modelar o sistema de canais, promovendo a sua desinfecção e obturador tridimensionalmente os condutos presentes. Resultando então em uma alta taxa de sucesso, favorecendo a longevidade da unidade no sistema estomatognático (KARAMIFAR, 2020). Muitas vezes, é possível a realização de todas as etapas do tratamento em uma única sessão. Entretanto, nem sempre é possível realizar a sessão única em todo tratamento (KARAMIFAR, 2020).

A sessão única apresenta algumas vantagens que tornam atrativa a sua realização pelo operador: evita contaminação ou infiltrações no curativo provisório realizado entre as consultas, promove a ida do paciente ao consultório apenas uma vez e favorece a reabilitação da unidade mais rapidamente do que em múltiplas sessões, diminuindo a chance de fraturas ou trincas entre elas. Entretanto, é fundamental entender que um dos critérios para a sessão única também é a habilidade do operador e a condição que a unidade dentária apresenta, principalmente no que diz respeito à complexidade da infecção presente (SANTIN, 2024).

De acordo com Silva et al. (2023), uma das contraindicações importantes da sessão única é a presença de exsudato persistente, visto que impede a obtenção da etapa de secagem do canal e um controle microbiológico satisfatório antes da etapa da obturação.

A múltipla sessão é amplamente utilizada em casos onde o paciente apresenta um quadro clínico de difícil controle e com infecções complexas. Pacientes com limitações, sejam elas físicas ou sistêmicas, abertura de boca limitada ou pacientes com comorbidades podem necessitar de duas ou mais consultas, o que também favorece ao operador um controle maior sobre o caso, podendo dispor de medicações entre as sessões para obter uma diminuição gradual na carga de infecção presente na unidade, além de ter um acompanhamento da evolução do caso (FERNANDES *et al.*, 2025).

O uso da medicação intracanal consiste na introdução do medicamento no interior do canal radicular por um período mais longo, visando um efeito terapêutico.

Uma boa medicação intracanal deve conter as qualidades ideais para diminuição e eliminação de microrganismos que sobreviveram ao preparo químico-mecânico (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

O iodofórmio tem sido amplamente estudado como agente medicamentoso, principalmente por seu elevado potencial antisséptico, especialmente eficaz em tecidos em processo de decomposição. Sua principal propriedade está na liberação de iodo, considerado pela literatura científica um antisséptico de nível intermediário, com boa eficácia na desinfecção de canais radiculares. Além da ação antimicrobiana, o iodofórmio também desempenha um papel importante na regeneração tecidual, estimulando o sistema imunológico. Essa ativação imunológica favorece a formação de tecido de granulação, o que acelera os processos de reparo e cicatrização (ESTRELA *et al*., 2006; PALLOTTA *et al*., 2010).

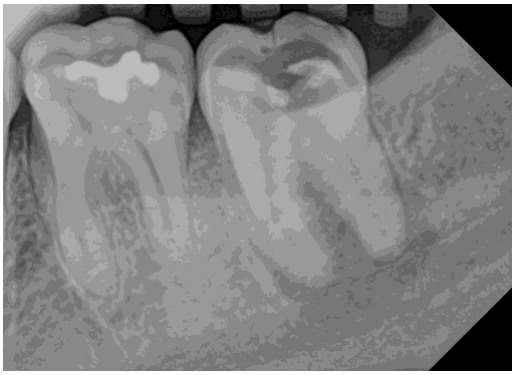
O presente estudo tem como objetivo relatar o caso clínico de um segundo molar inferior esquerdo, diagnosticado com periodontite apical assintomática associada a lesão periapical, tratado por meio de terapia endodôntica em múltiplas sessões.

2 RELATO DE CASO

Paciente L.S.J, 25 anos, gênero feminino, parda, ASA 1, apresentou-se no Curso de Especialização em Endodontia do (CENO), localizado na cidade de Salvador, Bahia, Brasil no dia 24 de abril de 2024, devido a necessidade da realização de tratamento endodôntico do dente 37. Durante anamnese, a mesmo informou que precisava fazer um canal pois a dentista que atendeu já tinha feito a urgência alguns dias antes, “chegou relatando que sentia sensibilidade e inchaço na região, mas passou depois que a dentista mexeu’’.

Ao realizar exame clínico foi observado presença de material provisório cimento de ionômero de vidro(civ) na unidade 37. Ao realizar os testes de percussão e palpação a resposta foi negativa. Sob isolamento relativo na região de molares inferiores, foi realizado o exame de sensibilidade ao frio com Endo Ice® (Maquira, Paraná, Brasil), onde a unidade 37 não apresentou qualquer estímulo.

Figura 1-Radiografia inicial unidade 37



Fonte: Autor (2024)

No exame radiográfico inicial foi observado uma imagem radiolúcida sugestiva de lesão circunscrita na região periapical do dente 37.

Realizado o exame clínico e radiográficos, chegou-se ao diagnóstico de periodontite apical onde foi proposto o tratamento endodôntico.

Deu-se início ao tratamento com um bloqueio anestésico nos nervos alveolar inferior esquerdo e bucal, com solução anestésica a base de Articaína 4% com Epinefrina 1:200.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil). Foi feita a remoção da restauração com broca diamantada 1014 (Kavo, Joinville, Brasil), e com a mesma foi alcançada a câmara pulpar. Logo após o isolamento absoluto foi realizado com lençol de borracha (Madeitex, São Paulo, Brasil) e grampo 205 (Golgran, São Paulo, Brasil) e por conseguinte foram realizados a forma de contorno trapezoidal e remoção do teto da câmara pulpar com broca Endo Z (Angelus, Paraná, Brasil), ambos em alta rotação (Saevo PB SL 30).

Através da radiografia inicial pôde-se obter o comprimento aparente do dente de 20 milímetros nas raízes mesiais e 20 milímetros na raiz distal. Com uma lima manual tipo k #10 (Maillefer, Ballaiques, Suíça) deu-se início à exploração inicial dos canais.

O preparo mecânico dos canais radiculares, no seu terço cervical e médio, foi realizado com lima Reciprocante PRO-R 25.08 25 milímetros (MK life, Porto Alegre, Brasil), inserido no motor elétrico (x-smart plus Maillefer-Dentisplay sirona, Ballaigues, suíça) em movimento reciprocante na programação pré-definida ReciprocAll.

O instrumento a cada três movimentos de bicadas era removido, limpo com gaze e o canal irrigado com NaOCl a 2,5% Qboa (Indústria, Anhembi, São Paulo, Brasil), e repetia-se o processo até que se atinge-se a milimetragem adequada marcada no cursor de 16 milímetros em todos os condutos

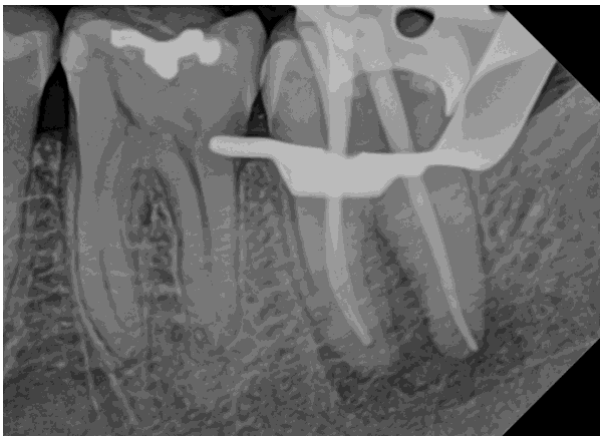
Logo após, o pré-alargamento foi continuado com a lima rotatória OrificeShapper (MK Life, Porto Alegre, Brasil) numa velocidade de 500 rpm e 3N, fazendo movimentos de pincelamento nas paredes dos canais na milimetragem de 14 milímetros nos canais mesiais e 14 milímetros no canal distal. Posteriormente, o processo de odontometria se deu com o auxílio do localizador apical Propex-pixi (dentsplay sirona, Ballaigues, suiça). A lima eleita para realizar esse processo foi a lima manual tipo K #10, sendo o comprimento real de trabalho de (CRT) 21 milímetros nos canais mesiais e 20 milímetros no canal distal.

Em seguida, para realização do *Glide Path* utilizou-se as limas manuais tipo k #10, e tipo k flex-file #15 e #20 (Mailefer, Ballaiques, Suíça) no comprimento real de trabalho (CRT). Então, a formatação do conduto foi realizada com lima Reciprocante PRO-R 25.08 25 milímetros no mesmo comprimento de 21 milímetros nos canais mesiais e 20 milímetros no canal distal. Para refinamento do preparo a lima de escolha foi a Rotatória 35.04 25mm (Univy, Brasil), utilizado no motor elétrico (dentisplay sirona, Ballaigues, suiça,) no movimento rotatório, numa velocidade de 500 rpm e 3N no (CRT).

Durante todos os procedimentos realizados foi utilizada a irrigação com NaOCl a 2,5% Qboa (Indústria, Anhembi, São Paulo, Brasil) e aspiração constantemente a cada troca de instrumento, assim como a patência foi feita com lima manual tipo k #10 no mesmo momento.

Por conseguinte, realizou-se a prova do cone, utilizando o cone de guta-percha M (Odous de Deus, Minas Gerais, Brasil) calibrado com régua calibradora (Angellus, Paraná, Brasil) em #40 que travou na milimetragem de 21 milímetros nos canais mesiais e 20 milímetros no canal distal. O cone foi colocado em posição e foi realizada tomada radiográfica (Figura 2).

Figura 2. Radiografia da prova do cone unidade 37



Fonte: Autor (2024)

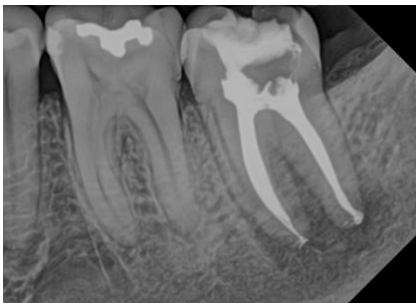
Visando maior limpeza do sistema de canais radiculares e remoção da *smear layer*, foi efetuado a agitação mecânica da solução irrigadora com o auxílio do Agitador Sônico Endodôntico Perfect Clean (Microdont 2025 ©, Brasil). Inicialmente o canal radicular foi inundado por hipoclorito de sódio 2,5% e agitado por 20 segundos, feito isso, foi realizado fluxo com soro e depois o EDTA 17% (Biodinâmica, Paraná, Brasil) foi utilizado também sendo submetido a agitação mecânica por 20 segundos e posterior fluxo com soro fisiológico 0,9%, por fim o canal foi inundado com hipoclorito de sódio 2,5% e agitado por 20 segundos. Em seguida, realizou-se a secagem do canal com a assistência do cone de papel estéril #40 (Eurodonto, Paraná, Brasil).

Na tentativa de secagem do canal radicular, era notável uma secreção serosa e viscosa que drenava dos mesiais e distal, foi tentado a realização da etapa de secagem por 3 vezes, sem o sucesso adequado. Com o canal formatado, utilizamos o hipoclorito de sódio 2,5% como medicação intracanal apenas dentro dos condutos radiculares selado com esponja autoclavavel e resina para posterior consulta.

48 horas após a medicação foi realizado o acesso endodôntico com a unidade isolada, remove-se o curativo realizando o processo de irrigação constante com hipoclorito de sódio 2,5%, foi realizado a instrumentação da unidade no comprimento de trabalho já estabelecido. 21mm mesias e 20mm canal distal, novamente realizado as etapas de agitação com hipoclorito de sódio 2,5% e EDTA 17 % intercalando com soro fisiológico. Secado os canais com cone de papel absorvente, na tentativa de obturação dos canais radiculares, porém no processo de secagem para posterior obturação ainda assim existia a presença da secreção purulenta.

Nesse mesmo dia foi realizado o uso da medicação intracanal de demora (iodofórmio) com expectativa de que sua ação biológica debelasse a infecção existente. Introduzido no canal radicular com a lima 10 e calcando o material até sair pelo ápice, solicitado da paciente que retornasse na próxima consulta marcada para dia 23-05-2024

Figura 3- Radiografia periapical da unidade 37, medicação intracanal



Fonte: Autor (2024)

27 dias após foi possível notar a reabsorção da medicação até o terço apical, foi realizado todas as etapas de abertura e forma de conveniência, removido a medicação com irrigação e instrumentação com a lima PRO-R 25.08 e a lima de refinamento da univy 35.04

Figura 4. Radiografia de retorno com a medicação intracanal

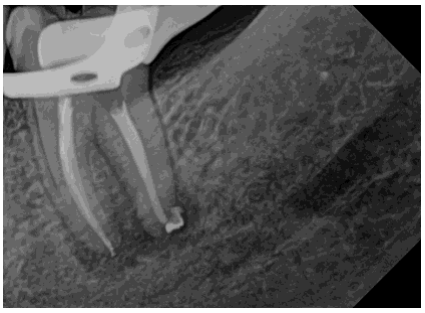


Fonte: Autor (2024)

Removido toda medição, realizado o protocolo de agitação e posterior secagem dos canais, foi verificado que os canais radiculares não estavam mais apresentando a secreção purulenta e sem edema na região. Seguindo então para etapa de obturação dos canais radiculares nessa mesma sessão.

A técnica de obturação termoplastificada foi a de escolha. O cimento endodôntico AH Plus (Mailefer, Ballaiques, Suiça) foi levado ao canal com o auxílio do cone de guta-percha M (Odous de Deus, Minas Gerais, Brasil) até que esse estivesse suficientemente preenchido. O cone de guta-percha foi cortado na embocadura do canal com a ponta TRI 33 (Trinks, São Paulo, Brasil), calcado com o calcador número 4 (Odous de Deus, Minas Gerais, Brasil). Foi acionado o ultrassom Advance 2 (Microdont, São Paulo, Brasil) e a ponta TRI 33 (Trinks, São Paulo, Brasil) foi levada desobstruindo o terço cervical dos condutos. Após chegar no comprimento correto esperou-se 10 segundos em repouso para um novo acionamento do ultrassom e remoção da ponta de dentro do canal e a guta-percha foi calcada com o calcador número 2 (Odous de Deus, Minas Gerais, Brasil). Armazenada em Porta Guta AV Reto (Trinks, São Paulo, Brasil) a guta-percha bastão foi aquecida e aplicada já termoplastificada no Condensador de Guta Mcspadden número 40 de 21 milímetros (Mailefer, Ballaiques, Suiça) e assim levada para dentro do canal radicular acionado em baixa rotação e por fim foi calcado novamente com o calcador número 04. Em seguida, foi realizada uma tomada radiográfica para prova da obturação.

Figura 5- Radiografia periapical da unidade 37, prova da obturação.



Fonte: Autor (2024)

Logo após, a câmara pulpar foi limpa com bolinha de algodão estéril embebida em álcool 70º e seu selamento foi realizado com resina composta Mater Fill (Biodinâmica, Paraná, Brasil) cor A1.

Logo após foi realizado a remoção do isolamento absoluto, a verificação da oclusão e exame radiográfico final.

Figura 6- Radiografia periapical da unidade 37, canal radicular obturado.



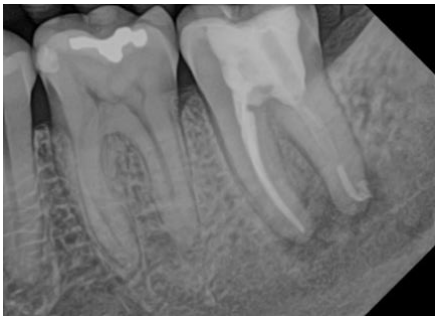
Fonte: Autor (2024)

Por fim, o paciente foi orientado a fazer o selamento coronário definitivo e retornar para as proservações.

3 RESULTADOS

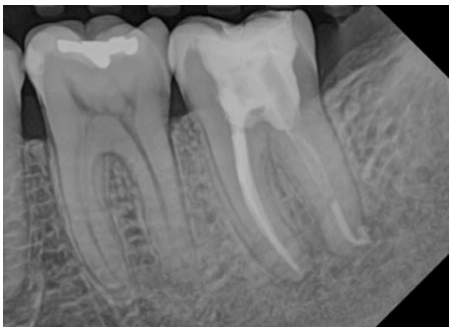
Após o primeiro mês da finalização do canal a paciente retornou para nova avaliação e proservação do caso clínico. A mesmo relatou não ter apresentado sintomatologia dolorosa nas primeiras 72 horas após a realização do tratamento endodôntico. Ao exame clínico observou-se ausência de edema, fístula ou qualquer resposta positiva aos testes de palpação e percussão. Em exame radiográfico periapical a imagem já demostrava uma reparação da região do periapical.

Figura 7- Radiografia periapical de proservação da unidade 37. 1 mês de preservação 26-06-2024



Fonte: Autor (2024)

Figura 8- 3 meses após, ela retornou para uma nova avalição da unidade onde já era notável uma regressão da lesão 25-09-2024



Fonte: Autor (2024)

Figura 9- 1 ano e 2 meses após, ela retornou para uma nova avalição da unidade onde já era notável uma regressão da lesão 27-07-2025



Fonte: Autor (2025)

4 DISCUSSÃO

A periodontite apical caracteriza-se como uma inflamação dos tecidos periapicais, geralmente decorrente da infecção dos canais radiculares, resultando em resposta inflamatória que pode levar à destruição óssea e à formação de lesões periapicais evidenciadas radiograficamente (BLAKE, 2025). No caso relatado, o exame radiográfico inicial revelou uma imagem radiolúcida compatível com esse

diagnóstico, justificando a necessidade do tratamento endodôntico para eliminação da infecção e posterior reparo tecidual.

A correta determinação do comprimento de trabalho é um passo fundamental para o sucesso do tratamento endodôntico, pois garante que a instrumentação e a obturação sejam realizadas até o limite adequado, respeitando a região do forame apical (LOPES; SIQUEIRA, 2015). Neste caso, o localizador apical mostrou-se essencial, uma vez que a radiografia periapical, embora indispensável, pode não garantir que a obturação esteja dentro dos limites do forame apical. Isso ocorre porque a radiografia considera o vértice radiográfico, enquanto a literatura demonstra que, em alguns casos, o forame pode estar aquém desse vértice. Dessa forma, a etapa da odontometria foi fundamental para o sucesso do tratamento.

Durante o preparo biomecânico, a instrumentação associada à irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% teve papel fundamental na remoção de restos necróticos e biofilme bacteriano, conforme preconizado pela literatura para a desinfecção efetiva do sistema de canais radiculares (SANTIN, 2024). Contudo, a persistência do exsudato seroso após as tentativas de limpeza e secagem evidenciou a necessidade do uso de medicação intracanal para controle da infecção antes da obturação.

Logo, o uso do hipoclorito de sódio (NaOCl) a 2,5% é de fundamental importância, pois promove uma desinfecção química pela ação antimicrobiana de amplo espectro, além de possibilitar a dissolução do tecido orgânico necrótico e o controle das endotoxinas presentes no canal radicular. Entretanto, o sistema de canais apresenta diversas ramificações, e a simples irrigação pode ser insuficiente para alcançar regiões como istmos, canais laterais e deltas apicais. A forma de promover a limpeza dessas regiões é por meio da ativação da solução irrigadora, que permite sua penetração em áreas que, sem a ativação, não seriam alcançadas.

A utilização do iodofórmio como medicação intracanal está bem documentada. Estrela et al. (2006) destacam sua liberação lenta e contínua de iodo, garantindo ação antimicrobiana prolongada, além de oferecer radiopacidade que permite visualizar adequadamente a extensão do preenchimento nos exames radiográficos. No presente caso, essa característica auxiliou no monitoramento da reabsorção da medicação e no momento ideal para a obturação definitiva.

Diversos estudos reforçam a eficácia antimicrobiana do iodofórmio. Pallotta et al. (2010), em modelo animal, demonstraram que o uso do iodofórmio promoveu reparo mais rápido das lesões periapicais quando comparado ao hidróxido de cálcio. Machado *et al*. (2011), avaliando a ação sobre *Enterococcus faecalis*, verificaram que o tempo mínimo para efetiva redução da carga bacteriana é de 14 dias, sendo que períodos de até 21 dias apresentam resultados superiores. Tais evidências sustentam a conduta clínica adotada neste caso, em que o iodofórmio foi mantido no canal radicular por período suficiente para eliminação da infecção antes da obturação.

Após a completa remoção da medicação intracanal e ausência do exsudato seroso, procedeu-se à obturação pela técnica termoplastificada. Essa técnica favorece a adaptação da guta-percha às paredes do canal e a tridimensionalidade do selamento, promovendo maior segurança quanto à vedação apical e ao prognóstico do tratamento (LOPES; SIQUEIRA, 2015).

Após a obturação realizada pela técnica termoplatificada, realizou-se o selamento coronário, criando uma barreira contra a entrada de microrganismo da cavidade oral. Essa etapa é de grande importância para garantir a integridade do sistema de canais e prevenir infiltrações que possam comprometer o tratamento.

Por fim, embora a literatura apoie o uso da sessão única em casos de periodontite apical, sua viabilidade depende diretamente da ausência de sinais clínicos de infecção ativa. Quando há secreção persistente, como observado neste caso, múltiplas sessões são indicadas para garantir adequado controle microbiológico e melhores condições para a obturação final (SANTIN, 2024). Assim, a decisão pela abordagem em múltiplas sessões demonstrou-se apropriada, proporcionando um ambiente livre de infecção para o selamento definitivo do sistema de canais radiculares.

5 CONCLUSÃO

Realizado o tratamento endodôntico com o uso da medicação intracanal à base de iodofórmio, foi possível obter sucesso no controle da infecção e permitir a obturação completa dos canais radiculares. Foi possível observar, neste caso clínico, sinais radiográficos de reparo do tecido periapical, evidenciando a resolução do processo inflamatório e o início da regeneração óssea.

As etapas do tratamento foram fundamentais para o sucesso do caso. A determinação precisa do comprimento de trabalho, a instrumentação cuidadosa, a irrigação com hipoclorito de sódio e o selamento coronário contribuíram significativamente para o prognóstico a longo prazo.

Portanto, a escolha adequada da medicação intracanal e a realização cuidadosa de todas as etapas do tratamento foram determinantes para o sucesso clínico do caso.

.

ABSTRACT:
The root canal system is composed of a sterile connective tissue known as the pulp, protected by structures such as cementum, dentin, and enamel. This study aims to report the clinical case of a left mandibular second molar diagnosed with asymptomatic apical periodontitis associated with a periapical lesion, treated through endodontic therapy using iodoform as intracanal medication. Instrumentation was performed with reciprocating, rotary, and manual file systems. During chemo-mechanical preparation, the canals were irrigated with 2.5% sodium hypochlorite, alternating with saline and 17% EDTA, along with sonic agitation. Persistent exudate was observed during drying, indicating inflammatory activity and requiring the use of intracanal medication. Iodoform was selected. The canals were obturated using AH Plus sealer. The gutta-percha cone was sectioned at the canal orifice with an ultrasonic tip, condensed, and the cervical third was unobstructed. Thermoplasticized gutta-percha was inserted using the McSpadden condenser. Obturation was verified, and coronal sealing was performed with Coltosol and composite resin. After one month, the patient presented no symptoms, and after three months, radiographic signs of periapical tissue healing were observed. The use of iodoform contributed to infection control and successful obturation in this clinical case.
Keywords: **Keywords**: Endodontics. Apical periodontitis. Intracanal medication. Persistent exudate.

REFERÊNCIAS

BLAKE, A.; TUTTLE, T.; McKINNEY, R. **Apical Periodontitis. StatPearls Publishing**, 2025. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589656/. Acesso em: 2 jul. 2025.

ESTRELA, Carlos; ESTRELA, Cyntia Rodrigues de Araújo; HOLLANDA, Augusto César Braz; DECURCIO, Daniel de Almeida; PÉCORA, Jesus Djalma. Influence of iodoform on antimicrobial potential of calcium hydroxide. **Journal of Applied Oral Science**, v. 14, n. 1, p. 33-37, jan. 2006.

FERNANDES, Kacyakawane de Oliveira *et al*.. Tratamento endodôntico: sessão única x sessão múltipla em dentes não vitais**. Revista FT**, São Luís, v. 29, n. 142, p. 1–5, jan. 2025. Disponível em: https://revistaft.com.br/tratamento-endodontico-sessao-unica-x-sessao-multipla-em-dentes-nao-vitais/. Acesso em: 5 maio 2025.

JESUS, Felipe Gobati de; FERNANDES, Samuel Lucas. Tratamento endodôntico: sessão única ou múltiplas sessões**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 5, p. 1149–1160, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5537. Acesso em: 5 maio 2025.

KARAMIFAR, K.; TONDARI, A.; SAGHIRI, M. A. Lesão periapical endodôntica: uma visão geral sobre a etiologia, diagnóstico e modalidades de tratamento atuais. **European Endodontic Journal**, v. 2, p. 54-67, 2020.

KHABADZE, Z. *et al*. Irrigation in Endodontics: Polyhexanide is a Promising Antibacterial Polymer in Root Canal Treatment. **Dentistry Journal** (Basel), v. 11, n. 3, p. 65, 1 mar. 2023. Disponível em: https://www.mdpi.com/2304-6767/11/3/65. Acesso em: 2 jul. 2025.

LOPES, Hélio P.; SIQUEIRA JR., José F. **Endodontia**: Biologia e Técnica. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MACHADO, Ricardo. **Endodontia**: Princípios Biológicos e Técnicos. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MACHADO, M. E. L.; PALLOTA, R. C.; SOUZA, A. D. S. Substâncias medicamentosas auxiliares da desinfecção – Medicação intra e extracanal. In: MACHADO, M. E. L. **Endodontia da Biologia à técnica**. São Paulo: Santos, 2007.

MACHADO *et al*. Antimicrobial effect of two endodontic medicaments with different exposure times, and the morphologic alterations caused to Enterococcus faecalis. **Revista Odonto Ciência**, v. 26, n. 4, p. 336-340, 2011.
PALLOTTA *et al*. Tissue inflammatory response to implantation of calcium hydroxide and iodoform in the back of rats. **Revista Odonto Ciência** (Online), v. 25, n. 1, p. 59-64, 2010.

SANTIN, Greicy Kelly. Vantagens e desvantagens da endodontia em sessão única e sessão múltipla: revisão da literatura. **Journal of Multidisciplinary Dentistry**, v. 11,

n. 3, p. 115–120, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.46875/jmd.v11i3.890. Acesso em: 5 maio 2025.

SILVA, Ana Paula Nóbrega Caetano da et al. Endodontia em sessão única: revisão de literatura. **Research, Society & Development**, v. 12, n. 8, e17312841603, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i8.41603.

SILVA JUNIOR, J. A.; WASSALL, T.; RAMALHO, A. S.; BRITO JUNIOR, R. B. **Aplicação da pasta de iodofórmio em implantes**: avaliação da resposta tecidual na câmara interna de fixações ósseo integráveis (in vivo). RGO, 2006.

SIQUEIRA, J. F. Jr.; RÔÇAS, I. N. Microbiology of apical periodontitis. In: ØRSTAVIK, D. (ed.). **Essential Endodontology: Prevention and Treatment of Apical Periodontitis**. 3. ed. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd., 2019. p. 91–142.

SIREN, Eva K.; HAAPASALO, Markus P. P.; WALTIMO, Tuomas M. T.; ORSTAVIK, Dag. In vitro antibacterial effect of calcium hydroxide combined with chlorhexidine or iodine potassium iodide on Enterococcus faecalis. **European Journal of Oral Sciences**, v. 112, n. 4, p. 326-331, ago. 2004.