Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Daniel de Aquino Sousa

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO COM LESÃO RECORRENTE – Relato de Caso

São Luís

2026

Daniel de Aquino Sousa

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO COM LESÃO RECORRENTE – Relato de Caso

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Endodontia.

Orientador: Prof. Dr. Dr. Tarcísio Jorge Leitão de Oliveira

São Luís

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Sousa, Daniel de Aquino.

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO COM LESÃO RECORRENTE – Relato de Caso.

/ Sousa, Daniel de Aquino – Sete Lagoas: FACSETE, 2026.

16 f;

Orientador: Tarcisio Jorge Leitão de Oliveira
Monografia de Conclusão de curso (Especialização em Endodontia) – Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, Odontologia, 2026

1 endodontia. 2 retratamento. 3 lesão endodôntica.

Monografia intitulada **“Retratamento endodôntico em lesão recorrente**’’ de autoria do aluno **Daniel de Aquino Sousa.**

Aprovada em __/___/___ pela banca constituída dos seguintes professores:

Monografia apresentada ao Programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em prótese dentária.

_____
Oreintador

_____
Examinador (1)

_____
Examinador (2)

São Luís, 09 de janeiro de 2026.

Faculdade Sete Lagoas - FACSETE
Rua Ítalo Pontelo, nº 50. CEP 35700-170 – Sete Lagoas-MG
Telefone: (31) 3773 3268 - www.facsete.edu.br

RESUMO

O presente relato de caso aborda o retratamento realizado durante o curso de pós-graduação *lato sensu*, com intuito de finalizar a lesão associada a um tratamento obturador e restaurador anteriormente com falhas. Pretende-se, a partir da observação do atendimento realizado, aferir a eficácia do tratamento endodôntico utilizado técnicas de acompanhamento para destruição do processo crônico da lesão e regressão. Dessa maneira, inicia-se o trabalho com uma breve revisão conceitual para apropriação dos termos empregados e, a seguir, parte-se ao relato de caso propriamente dito. Este se inicia com uma descrição do estado inicial da paciente, a metodologia proposta para a intervenção odontológica – com manejo do tratamento endodôntico –, o desenvolvimento do tratamento as trocas de medicações, ao fim, as conclusões observadas a partir dos resultados obtidos, notadamente a qualidade satisfatoriamente, e possibilitando a recuperação do dente sobre o problema inicialmente vislumbrado a fim de devolver ao paciente função e saúde.

Palavras-chave: endodontia, retratamento, lesão endodôntica.

ABSTRACT

This case report addresses the retreatment performed during the postgraduate course, with the aim of ending the lesion associated with a previously failed obturation and restorative treatment. The intention is, based on the observation of the care provided, to assess the effectiveness of the endodontic treatment used, including follow-up techniques for destroying the chronic process of the lesion and its regression. Thus, the work begins with a brief conceptual review to understand the terms used and, subsequently, proceeds to the case report itself. This begins with a description of the patient's initial condition, the methodology proposed for the dental intervention – with the management of the endodontic treatment –, the development of the treatment, the medication changes, and finally, the conclusions observed from the results obtained, notably the satisfactory quality, enabling the recovery of the tooth regarding the problem initially envisioned in order to restore function and health to the patient.

Keywords: endodontics, retreatment, endodontic lesion.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS		**Página**
Figura 1 -	Radiografia inicial da lesão endodôntica	09
Figura 2 -	Radiografia da remoção do pino e do material obturador	10
Figura 3 -	Radiografia selamento com cone único em cada canal	12
Figura 4 -	Radiografia final dente 15	13
Figura 5 -	Radiografia de acompanhamento realizado 1 ano após finalização	14

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 08
2. **RELATO DE CASO** 09

2.1 Descrição do estado inicial da paciente 09

2.2 Descrição da metodologia 10

2.2.1 Primeira sessão – remoção do Material Obturado.....10

2.2.2 Segunda sessão – remoção total do material obturador..... 11

2.2.3 Terceira sessão – realização do tratamento endodôntico..... 11

2.2.4 Quarta sessão - obturação do canal..... 11

2.2.5 Quinta sessão – acompanhamento após 1 ano..... 13

3. **CONCLUSÃO**.....14

REFERÊNCIAS.....15

INTRODUÇÃO

Endodontia como forma de tratamento conservador para o dente que ainda consegue realizar suas funções ainda é uma solução para salvar muitos dentes quando o paciente chega com queixa de dor devido ao processo de doença carie. Evitando uma extração e perda do elemento dentário. Por mais complexo e desafiador que seja, o tratamento endodôntico possui diversas complexidades, protocolos e regras que devem ser seguidas para um excelente prognóstico (SIQUEIRA JÚNIOR et al, 2020).

Dados da pesquisa realizada comprovam que o tratamento endodôntico ainda é considerado o procedimento mais eficaz para tratar e recuperar estruturas dentárias do que os próprios implantes, com a taxa de 72% de sucesso em relação aos implantes. É importante destacar que, independentemente do tempo que se leve para realizar tratamento endodôntico, o nível de sucesso não depende da quantidade de sessões e medicamentos utilizados e sim do protocolo de desinfecção e higienização adequado para completa obturação de bactérias desses canais (DE SENA DIAS et al, 2021).

Embora os tratamentos de canais tenham alta chance de sucesso, o protocolo clínico de desinfecção precisa ser rigorosamente realizado seguindo uma cadeia asséptica para desinfecção completa dos canais. Mostrando que o grau de dificuldade muda de acordo com cada dente, sendo necessário o conhecimento endodôntico específico e anatômico para sucesso. Devido a mudança na estrutura do dente e alteração do formato anatômico do conduto pulpar, associado a utilização de medicações e soluções irrigadores eficaz para higienização e desinfecção do conduto radicular (SIQUEIRA JÚNIOR et al, 2020).

Apesar da grande taxa de sucesso no tratamento endodôntico ainda se tem mais de 10% de chance de insucesso necessitando da realização de retratamento endodôntico, que diminui significativamente as taxas e chances de sucesso. Maiores fatores associados ao insucesso endodôntico podem variar de microrganismos intraradiculares, causado por falha técnica, iatrogenia e infiltração coronária que ainda permanecem em canal após desinfecção, microrganismos extraradiculares. Tais patologias podem evoluir após meses para uma lesão radiolúcida na região periapical do tratamento ou dores sem alteração apical (DE SENA DIAS et al, 2021).

A necessidade de se realizar um retratamento endodôntico precisa ser avaliado sendo considerada a possibilidade de sucesso do tratamento, avaliação radiográfica

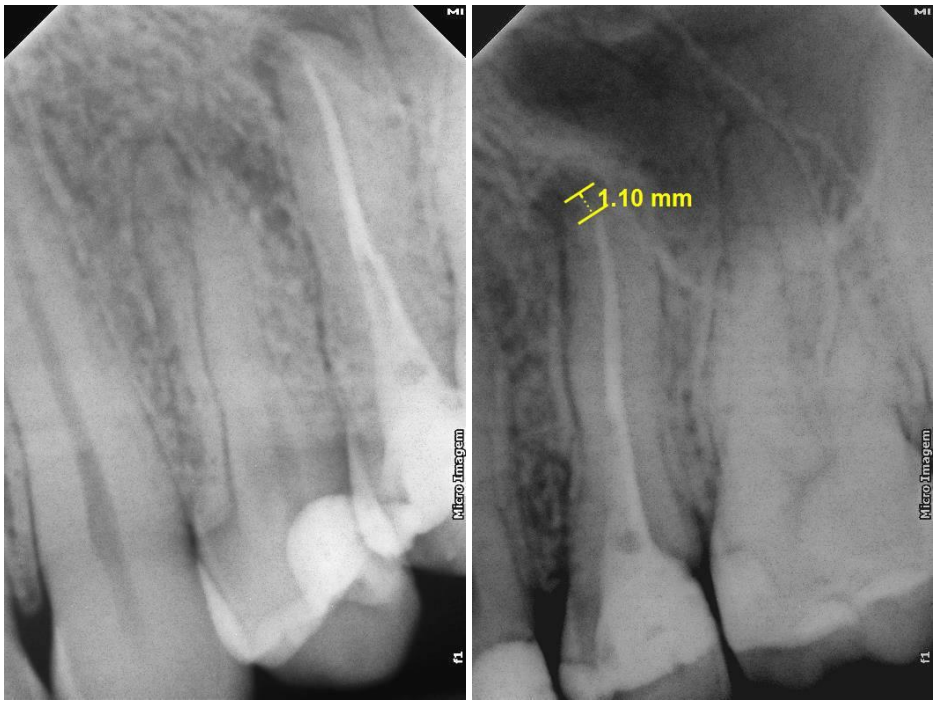
identificação da causa anterior do processo infeccioso, condição bucal do paciente e atualidade da oclusão em relação a mastigação. Todas essas condições são necessárias para aumento da chance de sucesso do retratamento endodôntico (AGNES et al, 2009).

2 RELATO DE CASO

2.1 Descrição do estado inicial da paciente

Paciente em estado inicial apresentou dente 15 com restauração insatisfatória associada ao pino intraradicular com inserção de 5 mm no conduto radicular. Na sintomatologia foi identificado que o paciente sentia dor pulsátil ao mastigar com o dente, relatando desconforto após 3 anos de tratamento realizado. No teste de percussão vertical, mostrou-se presente sintomatologia de dor. Na avaliação radiográfica foi diagnosticada a presença de uma lesão radiolúcida crônica, associada ao ápice radicular do dente. Foi identificada a falta de 1mm de material obturador aquém do limite apical além da falta de selamento lateral do conduto. Anatomicamente o dente apresentava dois condutos radiculares.

Figura 1 – Radiografia inicial da lesão endodôntica



Fonte: acervo do autor, autorizado pelo paciente.

2.2 Descrição da metodologia

Foi diagnosticada a periodontite apical crônica com lesão associada. O paciente demonstrava ter todos os dentes na boca, sem qualquer outra cárie, ou restaurações insatisfatórias. Apresentava boa oclusão e boa higienização. Foi necessário realizar o retratamento endodôntico associando a terapia de necropulpectomia II, associada a desobturação do conduto radicular.

2.2.1 Primeira sessão – Remoção do Material Obturador

Foi realizada abertura do dente 15 no sentido coroa-ápice removendo o pino e até onde se estendia com a broca 1014 HL. Na identificação do material, como cone de guta percha, foi realizado isolamento absoluto para iniciar a remoção do material obuturador. Foi aplicada solução de Eucaliptol 5 ml com seringa irrigadora nos condutos para dissolver mais facilmente a guta percha. Foi removido com cuidado à medida que aplicava a solução e removia com broca de gates nº2 de 21mm para remoção de todo material obturador, associando com a utilização de Limas Headstroen Nº 30 e Nº35 para remoção do material obturador. Finalizada essa sessão medicamos com pasta callen no conduto internamente para iniciar uma desinfecção do conduto durante 1 semana.

Figura 2 – Radiografia da remoção do pino e do material obturador.



Fonte: acervo do autor, autorizado pelo paciente.

2.2.2 Segunda sessão – remoção total do material obturador

Nessa sessão isolamos novamente o paciente, e continuamos a remoção do material do conduto radicular. Associando sempre a solução irrigadora de Hipoclorito de sódio 2,5% com Eucaliptol para desinfecção e remoção do material obturador. Conseguido com sucesso remover todo material final associando com medicação intracanal novamente de pasta callen com pmcc para continuar a desinfecção do canal durante uma semana de medicamento.

2.2.3 Terceira sessão – realização do tratamento endodôntico

Nessa consulta o paciente já relatava uma melhora no quadro clínico sem desconforto ao mastigar na região. Foi iniciando isolamento absoluto no paciente, depois a remoção do curativo de proteção e seguimos para irrigação com a solução de hipoclorito de sódio 2,5% para continuar a desinfecção. A seguir, foi realizada a odontometria com aparelho de localizador apical e identificado o comprimento de trabalho do canal da ponta do dente até o ápice, o canal vestibular com 21 mm e o canal palatino com 20mm. Foi definido que nessa técnica, instrumentaríamos e realizaríamos a obturação no limite apical, não deixando 1mm a quem, como margem de segurança para evitar possíveis problemas de reinfecção no futuro.

Para o preparo químico e mecânico utilizamos a solução irrigadora de hipoclorito de sódio associado a Lima rotatória 25mm denstply no sistema Wave One Gold utilizando motor para realizar movimentos reciprocantes para retratamento e expansão das paredes do canal a fim de aumentar o lumem do canal e remover aquela parede previamente infectada. Foi feita alternância entre preparo químico e mecânico para melhor higienização. Finalizou-se deixando novamente o canal com medicação de pasta callen com pmcc para finalizar na próxima sessão.

2.2.4 Quarta sessão – obturação do canal

Visto que o canal já se encontrava limpo e o paciente já demonstrava sinais claros de melhora, sem qualquer dor nesse dente, iniciamos o isolamento absoluto para realizar o tratamento final e obturador dos canais radiculares. Foi utilizada solução irrigadora de EDTA para remoção dos restos dentinários. Utilizando cone de guta percha de numeração específico para lima wave one gold de 25mm travando no limite do ápice radicular. Foi realizado o raio x para identificar se houve travamento de ambos os cones e se chegava ao limite apical.

Figura 3 – Radiografia selamento com cone único em cada canal.



Fonte: acervo do autor, autorizado pelo paciente.

Após a remoção da smear layer o conduto foi secado com cones de papeis absorventes e preparado para obturação com Cimento Endodôntico Selador AH Plus Jet – Dentsply, padrão ouro na endodôntica, os cones foram esterilizados em solução de hipoclorito de sódio 2,5% para desinfecção com objetivo de selar para sempre aquele conduto e se possível ocorresse o extravasamento para lesão apical no intuito de regressão e finalização para sempre daquela lesão. Após a instalação dos cones com cimento endodôntico foi calcado e removido o excesso até o início do conduto apical, deixando a parte coronária sem material obturador. Realizando restauração provisória com ionômero de vidro e radiografia final para acompanhamento e o paciente foi encaminhado para realizar restauração definitiva.

Figura 4 – Radiografia final dente 15



Fonte: acervo do autor, autorizado pelo paciente.

2.2.5 Quinta sessão – Acompanhamento após 1 ano.

Realizamos o acompanhamento do paciente um ano após o tratamento concluído. Ficou evidenciado o sucesso do tratamento endodôntico desse paciente. Sem sinais de fraturas, trincas, infiltrações, sensação a percussão vertical normal sem dor ou inflamação, paciente conseguindo se alimentar normalmente com o dente.

Foi observada a regressão da lesão após um ano de tratamento, evidenciando o sucesso clínico do retratamento endodôntico do dente 15.

Figura 5 – Radiografia de acompanhamento realizado 1 ano após finalização



Fonte: acervo do autor, autorizado pelo paciente.

CONCLUSÃO

É inegável a complexidade de retratar pacientes que já realizaram tratamento endodôntico anteriormente, pela dificuldade de convencer o paciente para refazer todo trabalho já feito e com mais sessões para finalização. Contudo, o que se observa é que tal forma de proceder não deve ser abolida da cadeira odontológica, ante a possibilidade de ocorrerem atos falhos, infecções mais complexas, dificuldades anatômicas e iatrogenias que acabam por provocar o malefício ao paciente. Como visto, em especial a longo prazo, esse tratamento demonstrou que mesmo com a quantidade de sessões sendo mais de três, mas utilizando produtos, realizando com cautela e paciente e possível alcançar a desinfecção e o tratamento final ideal para o paciente.

Estudos recentes, aplicados na prática no caso relatado neste trabalho, demonstram que não há necessidade de várias sessões como foi evidenciado. Porém, como já é complexo realizar um tratamento endodôntico, o retratamento deve ser realizado com mais cautela ainda, mesmo que necessário seja realizar várias sessões, isso só evidencia que um bom tratamento endodôntico não está associado a pressa nem à quantidade de sessões e sim no cuidado, químico, mecânico, higiênico

e na cautela de realizar o retratamento com o dobro de cuidado visando sucesso total e deixando o dente em função definitiva de mastigação e estética.

REFERÊNCIAS

LOPES, Hélio Pereira; SIQUEIRA JÚNIOR, José Freitas. **Endodontia: Biologia e Técnica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

SIQUEIRA JR, José Freitas et al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 08, 2012.

AGNES, Ana Gabriela. **Retratamento endodôntico: uma revisão de literatura**. 2009.

DE SENA DIAS, Kathleen Leticya Lima. Retratamento Endodôntico. **Revista Cathedral**, v. 3, n. 4, p. 65-79, 2021.

LACERDA, Mariane Floriano Lopes Santos et al. Infecção secundária e persistente e sua relação com o fracasso do tratamento endodôntico. **Revista brasileira de odontologia**, v. 73, n. 3, p. 212, 2016.