

Faculdade de Tecnologia Sete Lagoas

André Luiz Mendes de Vasconcelos

Retratamento endodôntico: Relato de caso

Recife

2018

ANDRÉ LUIZ MENDES DE VASCONCELOS

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO

Artigo apresentado ao curso de especialização ***Latu sensu*** da Faculdade de Tecnologia de Sete Lagoas (FACSETE), como requisito para conclusão do curso de endodontia.

Orientador: Profo Esp. Ryhan Menezes Cardoso

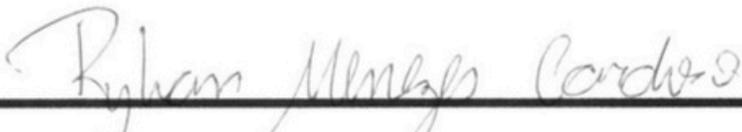
RECIFE

2018

Artigo intitulado “ **RETRATAMENTO ENDODÔNTICO - UM RELATO DE CASO**”
de autoria do aluno André Luiz Mendes de Vasconcelos, aprovado pela banca
examinadora constituída pelos seguintes professores:



Prof. Esp. MSc. PhD. Glauco dos Santos Ferreira



Prof. Esp. Ryhan Menezes Cardoso

RESUMO

O insucesso endodôntico, em diversos casos, ocorre devido a falhas técnicas realizadas durante o procedimento, impossibilitando a conclusão adequada do tratamento endodôntico. Ainda assim, mesmo com altos padrões e procedimentos tecnológicos utilizados em um tratamento endodôntico, por vezes, não é garantido que não ocorram complicações com o passar do tempo. Estas complicações se dão a diversos fatores, sendo o principal uma reinfecção bacteriana intrarradicular ou extrarradicular não eliminada com eficiência durante o tratamento. Em sua grande maioria, o insucesso endodôntico faz com que o paciente busque ajuda profissional e na maioria dos casos, é necessário um retratamento endodôntico. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico de retratamento endodôntico de um molar inferior (36) com lesão perirradicular e obturação endodôntica não hermética. A reinstrumentação foi realizada com limas manuais e rotatórias e a obturação do canal com a técnica de cone único. O caso foi acompanhado por noventa dias desde sua primeira sessão até o procedimento pós-endodôntico. Após última sessão, foi possível confirmar o sucesso do retratamento endodôntico por meio de radiografia que apresentou redução significativa da lesão perirradicular e ausência de sintomatologia dolorosa. Desta forma, o retratamento endodôntico apresentou-se como uma alternativa viável e eficaz para casos de lesões em canais radiculares causados por um tratamento endodôntico mal sucedido.

Palavras-Chave: Endodontia, Retratamento endodôntico, Lesão perirradicular

ABSTRACT

Endodontic failure, in several cases, occurs due to technical failures during the procedure, not concluding the treatment adequately. Furthermore, even with high standards and technological proceedings used in an endodontic treatment, it is sometimes not ensure that complications don't occur over time. These complications are due to several factors, the main one being an intraradicular or extraradicular bacterial infection that has not been effectively eliminated during treatment. Most endodontic failure causes the patient to seek professional help and in most cases, an endodontic retreatment is necessary. The aim of this study was to report a clinical case of endodontic retreatment of a lower molar (36) with periradicular lesion and non-hermetic endodontic obturation. Reinstrumentation was performed with manual and rotary files and channel obturation with the single cone technique. The case was followed up for ninety days from its first session until post-endodontic procedure. After the last session, it was possible to confirm the success of the endodontic retreatment by means of radiographic examination, showed a significative periradicular lesion reduction and painful symptomatology abscence. Therefore, endodontic retreatment was presented as a viable and effective alternative for cases of root canal lesions caused by unsuccessful endodontic treatment.

Key words: Endodontics, Endodontic Retreatment, Periradicular lesion.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. RELATO DE CASO CLÍNICO	7
3. DISCUSSÃO	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	12
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
6. ANEXO I	15
7. ANEXO II	18

1. INTRODUÇÃO

Os procedimentos endodônticos tem como finalidade a realização de obturação total dos espaços do canal da raiz dentária. O sucesso de um tratamento endodôntico possui associação direta com o bom preparo do material, assepsia e modelagem correta dos canais radiculares para obter uma obturação hermética (Ritt *et al.*, 2012). A importância dos dentes para o sistema estomatognático, seja ele despolpado ou não, é um fator indiscutível. Quando este apresenta alterações patológicas, sua remoção é tomada como medida extrema e de último caso, tendo como principal medida um tratamento endodôntico, evitando assim problemas posteriores mais complicados (Deus, 1992; Teófilo *et al.*, 2010).

Nos últimos anos, o tratamento endodôntico convencional tem sofrido constantes modificações, apresentando uma variedade de técnicas cada vez mais eficazes em diversos procedimentos, aumentando sua aplicabilidade e taxas de sucesso. Essas modificações positivas se dão devido à evolução científica, conhecimento técnico e biológico. Porém, apesar do seu desenvolvimento, ainda é necessário uma meticulosidade em cada etapa do procedimento endodôntico, desde o diagnóstico até o processo pós-operatório para garantir seu sucesso. Mesmo assim, a frequência de tratamentos endodônticos incorretos ainda são expressivos (Kerekes e Tronstad, 1979; Schilder, 2006).

Devido a estes fatores, a principal causa para o insucesso é a falha no procedimento que causa uma infecção bacteriana, levando os pacientes a buscarem um retratamento (Gomes *et al.*, 2004). Estrela (2004) aponta que os principais fatores essenciais para um sucesso endodôntico são a ausência de dor, odor, edema e fístula (silêncio clínico), estrutura óssea periapical normal, dente em função e presença de selamento coronário perfeito.

O retratamento endodôntico consiste na total remoção dos materiais obturadores dos canais e sua reinstrumentação, objetivando a manutenção do elemento dentário (Lopes e Siqueira Jr, 2015). Um dos principais fatores que impulsionam pacientes que obtiveram tratamentos endodônticos dos canais radiculares falhos é a proliferação bacteriana podendo ocasionar lesões no sistema de canais radiculares (Siqueira Jr *et al.*, 2012). A obturação do canal radicular é um fator primordial para um controle microbiano na região. Quando utilizado de maneira correta, preenchendo todo o espaço do canal radicular, não sendo irritante e

preferencialmente estimulando a reestruturação dos tecidos periapicais, este se torna um método eficaz para reparos teciduais (Allgayer e Vanni, 2010).

Quando necessário a ação de um retratamento endodôntico, o profissional deve ter em mente uma avaliação minuciosa dos riscos e benefícios do procedimento. Esta avaliação deve ter embasamentos consistentes ao estudo do caso clínico, proporcionando uma maior eficácia em cada ação a ser executada, evitando uma situação infortuna para o paciente (Estrela, 2004). Assim, o retratamento endodôntico tem por finalidade corrigir fracassos de um procedimento endodôntico prévio e possíveis lesões nos canais radiculares e tecidos subjacentes.

O presente trabalho teve como objetivo relatar o retratamento endodôntico do caso clínico de um dente molar inferior (36) com lesão perirradicular circunscrita e obturação radicular endodôntica insatisfatória.

2. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente A.L.M.J, 20 anos de idade, leucoderma, gênero masculino e de saúde geral boa, procurou por atendimento odontológico na clínica de especialização em endodontia CPGO, em Junho de 2017. Paciente relatou sintomatologia dolorosa na região do dente 36, o qual foi submetido a tratamento endodôntico a aproximadamente 90 dias. O mesmo afirmou não ser portador de doença sistêmica ou reação alérgica a medicamentos e anestésicos locais.

Ao ter realizado exame clínico extraoral e palpação, não foram identificados qualquer alteração nas regiões submandibular e cadeia ganglionar. Ao exame intraoral, não foi observado presença de edema, fístula ou qualquer alteração patológica na mucosa, mobilidade ou bolsa periodontal. O exame de percussão horizontal e vertical também apresentou ausência de sinais e sintomas.

O exame radiográfico periapical (Figura 1) apresentou uma imagem sugestiva à obturação radicular insatisfatória não hermética e subsequentemente lesão perirradicular circunscrita radiolúcida no dente em questão. Após examinado, foi indicado ao paciente a necessidade de um retratamento endodôntico, visando manutenção do elemento dentário e tratamento patológico.

O procedimento foi iniciado com técnica anestésica de bloqueio do nervo alveolar inferior utilizando o sal anestésico cloridrato de mepivacaína a 20mg/ml e epinefrina a 0,01 mg/ml e complementado com aplicação da técnica intraligamentar e infiltrativa em região cervical para inserir posteriormente grampo de isolamento no202, proporcionando um maior conforto do paciente. O Dente em questão apresentava restauração em resina composta extensa M.O. O acesso coronário foi realizado com utilização de brocas diamantadas esféricas 1013 e 1014 de fabricação **Vortex**. A restauração foi removida totalmente até obter acesso claro aos cones de **gutta-percha** (Figura 2). Em seguida, foi realizado o isolamento absoluto com grampo de isolamento.

Após o procedimento anterior, foi confirmado a necessidade de optar-se pelo retratamento endodôntico convencional. Para remoção dos cones de **gutta-percha** que se encontravam nos canais radiculares, foram utilizados limas de **Redstrom** e limas manuais

^

#10, #20 e #25, limas rotatórias **Pro-Design S**, #30.10 de fabricação **Easy** com motor de modelo **X Smart Plus** de fabricação **Dentsply** e finalizado com limas **Wave One** #25.08 de mesma fabricação. Durante todo o procedimento de remoção, foi utilizado solução de hipoclorito de sódio a 2,5% por meio de irrigação para auxiliar no avanço da lima rotatória.

Após realizada total remoção dos cones, foi realizado a odontometria com auxílio do localizador apical **Propex Pix** de fabricação **Dentsply**. Posteriormente foram aplicados na região intracanal o desinfetante de canal radicular Tricresol Formalina ao término da primeira sessão.

Para remoção de camada de **smear layer** e melhora de assepsia do canal radicular, foi realizada a técnica de **Passive ultrasonic Irrigation** (PUI) com o **EasyClean**, motor de modelo **X Smart Plus** de fabricação **Dentsply**, usado com sistema Reciproc selecionado. Foi seguido o protocolo da técnica PUI realizando aplicações de Hipoclorito de Sódio (NaOCl) a 2,5% alternando com aplicações de etilenodiamino tetra acético (EDTA) a cada vinte segundos de ativação do **EasyClean**, totalizando três aplicações de cada. Na última fase do preparo químico mecânico para neutralização e remoção total do EDTA foi realizada irrigação com soro fisiológico em abundância. Dessa forma foi realizada a completa sanificação do canal radicular para posterior obturação endodôntica.

Com auxílio de instrumento de memória (IM) lima **Wave One** #25.08, foi selecionado o cone de **gutta-percha** de mesma fabricação para realização da conimetria. Para a desinfecção do cone, foi utilizado solução de NaOCl a 2.5%, emergidos por três minutos e posteriormente feito a secagem com gaze estéril. A secagem do canal radicular foi realizada com cones de papel absorventes estéreis e a obturação do canal foi realizada pela técnica de Cone único e utilizado cimento endodôntico **H-Plus** de fabricação **Dentsply** para o selamento hermético do canal radicular. Para finalização do tratamento, foram utilizados o ionômero de vidro restaurador **Maxxion R** (FGM) e encaminhado o paciente para clínica odontológica para conclusão da restauração definitiva.

Todo o procedimento desde o diagnóstico até a finalização do retratamento endodôntico ocorreu em duas sessões, a primeira no dia 07 de Maio de 2017 e a última no dia 04 de junho do mesmo ano, onde foi realizado um novo exame radiográfico (Figura 3) podendo visualizar que o procedimento foi satisfatório (hermético). Sessenta dias após o

término do tratamento, o paciente retornou a clínica para um novo exame radiográfico do elemento dentário em questão (Figura 4). A nova imagem apresentou evidências claras de redução da lesão por osteogênese.

3. DISCUSSÃO

Os retratamentos endodônticos têm por finalidade a remoção total de um antigo procedimento insatisfatório e a realização de um novo tratamento preciso (Yamashita *et al.*, 1999). Esta remoção por muitas vezes consiste em um trabalho árduo e delicado, uma vez que trata-se de um dente já manejado. A precisão na remoção total dos antigos materiais obturadores (restauração e cones) são de fundamental importância para a eficiência do procedimento.

Kerekes e Tronstad (1979), indicaram que um dos principais fatores para um tratamento endodôntico eficaz é o selamento correto. Este selamento deve ocorrer de forma hermética, não disponibilizando espaços que auxiliem na proliferação bacteriana. Para o caso clínico em questão, observou-se por meio de radiografia um selamento insatisfatório como possível causador da lesão perirradicular circunscrita radiolúcida. Baseado no quadro clínico e visando a precaução de possível piora, para o caso, optou-se o retratamento endodôntico. A ausência de sintomatologia visual e tátil indicou que o quadro inflamatório crônico havia controle do sistema imunológico do paciente.

Quando ocorre alguma falha dentro do procedimento endodôntico, seja uma assepsia mal realizada ou a má colocação dos cones de **Gutta-percha** por exemplo, é provável que haja uma proliferação bacteriana e que esta cause danos infecciosos aos tecidos. Dessa forma, o preparo do canal radicular deve ser realizado de forma eficiente para que se obtenha resultados eficazes e evite uma possível necessidade de retratamento endodôntico.

Em questão as técnicas abordadas, a utilização de técnicas de retratamento com instrumentação mecânica ainda é comumente utilizada devido seu fácil manuseio e baixo custo, apesar de existirem técnicas mais avançadas (Yamashita *et al.*, 1999). Apesar de métodos mais avançados como o método ultra sônico, diversos autores não apresentaram diferenças significativas quanto a qualidade do tratamento comparado ao método mecânico (Esposito e Cunningham, 1995; Hulsmann e Stoltz, 1997; Yamashita *et al.*, 1999).

Trabalhos realizados anteriormente aponta que a massiva maioria dos casos onde ocorrem disseminação e invasão de micro-organismos na região do canal radicular ou na região periapical, têm como principal fator uma obturação ineficaz. Essa ineficiência tem

associação direta com possíveis falhas na realização do procedimento como um todo, seja por má desinfecção da região ou da não assepsia dos materiais utilizados (Yamashita *et al.*, 1999; Oliveira e Duque, 2012; Occhi *et al.*, 2017). Outro fator que possui associação direta com casos de lesão por obturação inadequada, é o mau selamento. Este quando ocorre, permite que haja infecções causadas por micro-organismos que utilizam estes espaços para se alojarem em forma de biofilmes nas paredes teciduais (Taschieri *et al.*, 2011).

No relato de caso, foi possível visualizar uma regressão da lesão perirradicular após a segunda sessão de tratamento sugerindo uma eficiência na desinfecção da região tratada. Ao fim da última sessão, a imagem radiográfica apresentou resultados satisfatórios ao retratamento endodôntico, sendo visível a eficácia do manuseio de material, obturação hermética e selamento coronário adequado, proporcionando ao organismo condições viáveis para recuperação da região e processo osteogênico.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, foi possível concluir que o o retratamento endodôntico do molar inferior que apresentava lesão perirradicular tendo como possível causa um procedimento endodôntico anterior não satisfatório, foi eficaz. O exame clínico radiográfico realizado após 60 dias da finalização do procedimento apresentou imagem de regressão da lesão com processo osteogênico, levando assim considerar como um sucesso endodôntico.

5. REFERÊNCIAS

- ALLGAYER, S.; VANNI, J. R. Remoção de núcleo intrarradicular seguida de retratamento endodôntico: 13 anos de proervação. **RSBO**, Universidade da Região de Joinville-Univille, v. 8, n. 1, p. 108 – 113, 2011.
- DEUS, Q. **Endodontia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.
- ESPOSITO, P. T.; CUNNINGHAM, C. J. A comparison of canal preparation with nickel-titanium and stainless steel instruments. **Journal of endodontics**, Elsevier, v. 21, n. 4, p. 173 –176, 1995.
- ESTRELA, C. **Ciência endodôntica**. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- GOMES, A. C. A.; DOURADO, A. T.; ALBUQUERQUE, D. S. de. Conduta terapêutica em dente com lesão refratária ao tratamento endodôntico convencional e cirúrgico–caso clínico. **Revista de Cirurgia e Traumatologia**, v. 3, n. 1, p. 23-29, 2003.
- HÜLSMANN, M.; STOTZ, S. Efficacy, cleaning ability and safety of different devices for gutta-percha removal in root canal retreatment. **International Endodontic Journal**, Wiley Online Library, v. 30, n. 4, p. 227 – 233, 1997.
- SIQUEIRA JR, J. F. et al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Revista Brasileira de Odontologia**, nd, v. 69, n. 1, p. 8 – 14, 2012.
- KEREKES, K.; TRONSTAD, L. Long-term results of endodontic treatment performed with a standardized technique. **Journal of endodontics**, v. 5, n. 3, p. 83 – 90, 1979.
- LOPES H, P.; JR, J. S. **Endodontia**: biologia e técnica. Elsevier, 2006.
- OCCHI, I. G. P. et al. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da UNIPAR. **Revista Uningá Review**, v. 8, n. 2, p. 11 – 11, 2017.
- OLIVEIRA, A. C. M.; DUQUE, C. Métodos de avaliação da resistência à infiltração em obturações endodônticas. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 34 – 38, 2012.

RITT, A. S. et al. Avaliação da eficácia da instrumentação manual x automatizada durante o retratamento endodôntico em canais radiculares obturados com guta-percha e cimento à base de hidróxido de cálcio. **RFO UPF**, Universidade de Passo Fundo, v. 17, n. 1, p. 55 – 59, 2012.

SCHILDER, H. Filling root canals in three dimensions. **Journal of endodontics**, Elsevier, v. 32, n. 4, p. 281 – 290, 2006.

TASCHIERI, S. et al. Effect of guided tissue regeneration on the outcome of surgical endodontic treatment of through-and-through lesions: a retrospective study at 4 year follow up. **Oral and maxillofacial surgery**, Springer, v. 15, n. 3, p. 153 – 159, 2011.

TEÓFILO, L. T.; ZAVANELLI, R. A.; QUEIROZ, K. V. de. Retentores intra-radiculares: revisão de literatura. **Revista Íbero-americana de Prótese Clínica & Laboratical**, v. 7, n. 36, 2010.

YAMASHITA, J. C. et al. Retratação endodôntico: avaliação da capacidade de limpeza por diferentes técnicas. **Salusvita**, v. 18, n. 1, p. 123 – 9, 1999.

6. ANEXO I
ENDODÔNTICO.



Figura 1. Radiografia de dente 46 antes do retratamento endodôntico.



Figura 2. Dente 21 após remoção total da restauração.



Figura 3. Dente 21 após retratamento endodôntico.



Figura 4. Dente 366 dias após retratamento endodôntico com presença de redução de lesão perirradicular.

7. ANEXO II – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

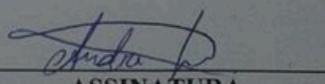


Curso de Atualização em Endodontia Professores Responsáveis Drº Glauco dos Santos Ferreira CRO/PE Nº6564

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, ANDRÉ LUIZ MARTINS JUNIOR
Rg. 9.232.182, autorizo a realização de Tratamento de canal,
consciente que será realizado num curso de Atualização Profissional
em Endodontia e que poderá levar três ou quatro sessões de três horas
cada consulta .

Recife, 07 / 05 / 17


ASSINATURA

Av. João de Barros, 1372 – Espinheiro, Recife / PE, CEP 50050-180 – Fone: (81) 3426-9978 cporecife@yahoo.com.br