FACULDADE SETE LAGOS - FACSETE
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA-CPO

HILDA ROBERTA LIMA BEZERRA

REABSORÇÃO DENTÁRIA INTERNA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Recife, 2017

HILDA ROBERTA LIMA BEZERRA

REABSORÇÃO DENTÁRIA INTERNA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* do Centro de Pós-graduação em Odontologia – CPO, como requisito parcial para conclusão do curso de Endodontia.

Orientadora: Nathália Marília Pereira Ferraz

Co-Orientadora: Renata Correia Sotero Dália Torres

Recife, 2017

Bezerra, Hilda Roberta Lima
Reabsorção dentária interna: relato de caso clínico

Hilda Roberta Lima Bezerra - Recife, 2016
28f

Monografia (Centro de Pós-Graduação em Odontologia) -
Faculdade Sete Lagoas - Orientadora: Nathália Ferraz

1. Endodontia 2.Reabsorção da raiz 3.Tratamento endodôntico.
I. Título.

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia intitulada "*REABSORÇÃO DENTÁRIA INTERNA: RELATO DE CASO CLÍNICO* " de autoria da aluna HILDA ROBERTA LIMA BEZERRA, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Nathalia Marília Pereira Ferraz- CPO/FACSETE - Orientadora

Glauco dos Santos Ferreira– CPO/FACSETE – Avaliador 01

Renata Correia Sotero Dália- CPO/FACSETE – Avaliador 02

Recife, 2017

RESUMO

A reabsorção dentária interna, também designada de granuloma interno, endodontoma, odontoblastoma, reabsorção intracanal, é considerada uma patologia de frequência relativamente rara quando comparada aos outros tipos de reabsorções dentarias. O presente estudo teve como objetivo relatar um caso clínico com reabsorção dentária interna de uma paciente submetida a tratamento endodôntico na clínica do Centro de Pós graduação de Odontologia (CPO), Recife-PE. Paciente P.G.S., gênero feminino, 32 anos, apresentou-se na clínica de endodontia relatando presença de uma fístula próxima ao segundo molar inferior esquerdo. Porém, o tratamento endodôntico do dente 37 já havia sido realizado há dez anos. Com isso, foi indicado ao caso o retratamento endodôntico. Portanto, é possível obter um bom resultado clínico a partir de um diagnostico precoce e um tratamento apropriado, permitindo assim a manutenção da unidade dentária no alvéolo.

Palavras-chaves: Endodontia. Reabsorção da raiz. Tratamento endodôntico.

ABSTRACT

Internal tooth resorption, also called internal granuloma, endodontae, odontoblastoma, intracanal reabsorption, is considered a relatively rare frequency pathology when compared to other types of tooth resorption. The present study aimed to report a clinical case with internal tooth resorption of a patient submitted to endodontic treatment at the Clinic of the Graduate Center of Dentistry (CPO), Recife-PE. Patient P.G.S., female, 32 years old, presented at the endodontic clinic, reporting the presence of a fistula near the second lower left molar. However, tooth endodontic treatment 37 had been performed ten years previously. Thus, endodontic retreatment was indicated for the case. Therefore, it is possible to obtain a good clinical result from an early diagnosis and an appropriate treatment, thus allowing the dental unit to be maintained in the alveolus.

Key words: Endodontics. Root reabsorption. Endodontic treatment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Radiografia Inicial 16
Figura 2: Tomografia Computadorizada..... 17
Figura 3- Corte axial da tomografia computadorizada..... 17
Figura 4- Radiografia com canais radiculares desobturados..... 18
Figura 5- Radiografia Final..... 20

SUMÁRIO

Pag.

1. INTRODUÇÃO 09

2. REVISÃO DE LITERATURA 11

2.1 Patogênese e etiologia..... 11

2.2 Diagnóstico..... 12

2.2.1 Avaliação Clínica..... 12

2.2.2 Avaliação radiográfica..... 12

2.3 Tratamento..... 13

2.3.1 Preparo biomecânica..... 13

2.3.2 Terapia fotodinâmica..... 13

2.3.3 Obturação..... 14

3. RELATO DE CASO CLÍNICO 16

4.DISCUSSÃO 21

5. CONCLUSÃO 25

REFERÊNCIAS 26

1. INTRODUÇÃO

A reabsorção dentária interna, também designada de granuloma interno, endodontoma, odontoblastoma, reabsorção intracanal, é considerada uma patologia de frequência relativamente rara quando comparada aos outros tipos de reabsorções dentárias (ESNAASHARI; PEZESHKFAR; FAZLYAB, 2014).

Para Araújo e Lins (2007) a reabsorção interna se apresenta como uma alteração da forma e do funcionamento da polpa que afeta os tecidos duros dos dentes. Radiograficamente se mostra com uma região radiolúcida devido ao aumento regular, de aparência ovalada, do canal radicular, apresentando na maioria das vezes a configuração de uma ampola, e que não se move com alterações do ângulo radiográfico.

A etiologia deste processo patológico não é claramente explicada, porém muitos autores associam o trauma como causa principal. Porém, pode estar relacionado a outros agentes, como pulpites, cárie e restaurações profundas (CAMARGO et al., 2008).

A reabsorção interna dentária, geralmente rara na dentição permanente, decorre no interior da cavidade pulpar, de uma maneira centrífuga, no sentido da superfície externa da coroa ou da raiz. Normalmente são assintomáticas e eventualmente são diagnosticadas durante os exames radiológicos de rotina, na maioria das vezes, os profissionais acabam confundindo-a com as reabsorções externas. Por isso, se faz necessário um diagnóstico diferencial cuidadoso para a execução do plano de tratamento adequado (FERREIRA et al.,2007).

A reabsorção interna pode acontecer em qualquer região do canal radicular. Porém, quanto mais próximo à coroa, nota-se uma coloração rósea na coroa dentária devido à reabsorção associada à grande proliferação capilar do tecido de granulação (PERLEA et al., 2015).

A anamnese, o exame clínico e exames complementares são de grande importância para o que o dentista identifique a doença e, dessa maneira, determine o plano de tratamento correto e ideal para cada patologia. Portanto, o diagnóstico das alterações pulpares necessita de uma abordagem sistemática do paciente e assim

com a identificação precoce da patologia, melhor o prognóstico e o sucesso do tratamento (GESTEIRA; JESUS, 2014).

O presente estudo teve como objetivo relatar um caso clínico com reabsorção dentária interna de uma paciente submetida a tratamento endodôntico em consultório privado, Recife-PE.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Patogênese e etiologia

A reabsorção interna é derivada de uma condição inflamatória que causa destruição progressiva da dentina intra-radicular, destruindo os túbulos dentinários ao longo das paredes do canal radicular. Os espaços criados pela reabsorção radicular podem ser preenchidos por tecido de granulação, ou por uma combinação de outros tecidos mineralizados tais como osso ou cemento (SOARES et al., 2015).

A reabsorção interna é o produto de um processo inflamatório e sua patogênese está relacionada à ação de células gigantes multinucleadas: linfócitos, histeócitos e leucócitos (ARORA et al, 2015).

Em situação normal, a parede pulpar encontra-se protegida pela camada de odontoblastos e de pré-dentina, os quais impedem que eles tenham contato com a dentina mineralizada (RAMAZANI et al., 2015).

Para que a reabsorção interna possa iniciar, faz-se necessário um dano na camada de proteção odontoblástica e na pré-dentina presentes na parede interna do canal radicular, resultando em exposição da dentina mineralizada subjacente as células clásticas (ESNAASHARI; PEZESHKFAR; FAZLYAB, 2014).

Embora os agentes etiológicos estimulantes das células clásticas ainda não estejam claramente elucidados, vários fatores etiológicos têm sido propostos para elucidar a perda de pré dentina, incluindo trauma, lesões cariosas e periodontais, restaurações profundas, calor excessivo gerado durante procedimentos restauradores em dentes vitais, procedimentos com hidróxido de cálcio, ressecção radicular em dentes vitais, anacorese, tratamento ortodôntico, ou simplesmente alterações idiopáticas ocorridas em polpas normais (ARAÚJO et al., 2009).

A reabsorção interna pode ser um evento transitório ou progressivo. O dano à camada de odontoblastos e pré-dentina é um pré-requisito para iniciar o processo de reabsorção interna, porém o progresso da lesão está relacionado aos estímulos

bacterianos nas células clásticas. Sem esses estímulos bacterianos a reabsorção interna é auto limitante (PERLEA et al., 2015;).

Desta forma para que ocorra a reabsorção interna é necessário suprimento sanguíneo para fornecer células clásticas e seus nutrientes, enquanto o tecido necrótico pulpar infectado fornece estímulos para desencadear o processo. As bactérias podem atingir a polpa via túbulos dentinários através das lesões cariosas, trincas, fraturas e canais laterais. Na ausência de um estímulo bacteriano a reabsorção poderá ser transitória (ARAÚJO et al., 2009).

2.2 Diagnóstico

Devido às variadas formas de apresentação clínica da reabsorção interna, o seu diagnóstico é principalmente baseado em exames radiográficos associados às informações obtidas com a história e os achados clínicos (ALBADRI; ZAITOUN; KINIRONS, 2010).

2.2.1 Avaliação Clínica

A maneira pela qual a reabsorção radicular interna apresenta-se clinicamente depende, até certo ponto, da natureza e posição da lesão no dente (HECOVA et al., 2010).

Se a reabsorção interna ocorrer na região coronária, o dente pode apresentar uma coloração rosada, devido à presença de tecido de granulação (ORHAN;AKSOY; KALENDER, 2010).

O processo de reabsorção é um processo ativo, se existir polpa vital. Nesses casos, os testes de sensibilidade podem ser positivos, porém, revelam-se negativos quando a polpa já se encontrar necrosada (EVANS; BISHOP, RENTON, 2012).

2.2.2 Avaliação radiográfica

Radiograficamente a reabsorção interna são lesões que aparecem de forma suave e, geralmente, simetricamente distribuídas ao longo da raiz. A radiolucência da reabsorção radicular interna apresenta-se com densidade uniforme e uma

descontinuidade na trajetória do canal e sua apresentação em forma de balão (Patel et al., 2010).

Normalmente as lesões de reabsorção interna são ovais, com uma radiolucidez circunscrita em continuidade com as paredes do canal (KONOPKA; GOSLINSKI, 2007).

No entanto, as radiografias intra-orais não permitem avaliação da real dimensão das lesões por se tratarem de imagens bidimensionais (ASGARY; CALISKAN, 2015). Necessitando, portanto, das imagens de tomografia computadorizada de feixe cônico no diagnóstico de tais lesões (GABOR et al., 2012).

2.3 Tratamento

2.3.1 Preparo biomecânica

O tratamento da reabsorção interna consiste na preparação biomecânica do canal, procedendo-se desta forma à remoção mecânica do tecido pulpar inflamado ou necrosado e com irrigação de hipoclorito de sódio (CONSOLARO et al., 2013).

Preconiza a utilização de hipoclorito de sódio a 5,25%. Este, devido as suas propriedades, penetra em zonas inacessíveis da cavidade de reabsorção e promove a dissolução da matéria orgânica. Portanto, a irrigação do canal pode ser potenciada pela ação de ultra-sons(US), resultando num efeito físico e sinérgico (AL-MOMANI; NIXON, 2013).

Depois da preparação biomecânica, é aconselhado o preenchimento do canal com pasta de hidróxido de cálcio. Este devido ao PH alcalino e suas propriedades de dissociação apresenta uma ação antibacteriana e de remineralização, induzindo a cura do processo de reabsorção (ORHAN;AKSOY; KALENDER, 2010).

2.3.2 Terapia fotodinâmica

A terapia fotodinâmica, também conhecida como PDT, surge como uma promissora terapia antimicrobiana. Envolve a utilização de um fotossensibilizador

(corante), que é ativado pela luz de um específico comprimento de onda na presença de oxigênio. A transferência de energia do fotossensibilizador ativado para o oxigênio disponível resulta na formação de espécies tóxicas de oxigênio , conhecida como oxigênio singleto e radicais livres. Estes são espécimes químicos altamente reativos que danificam proteínas, lipídeos, ácidos nucleicos e outros componentes celulares microbianos (KONOPKA; GOSLINSKI, 2007).

É importante que a fonte de luz seja absorvida pelo corante para que a PDT seja efetiva na inviabilização de células. A maioria das bactérias bucais não absorve a luz visível de lasers que operam em baixa potência, com exceção de alguns microrganismos Gram-positivos, Actinomyces odontolyticus e Porphyromonas gingivalis, que sintetizam porfirinas endógenas. A utilização de um agente de absorção óptica não tóxica que se fixe à parede celular bacteriana atraindo para si a luz laser é necessária para que ocorra a ação antimicrobiana sobre as bactérias bucais (AMARAL et al., 2010).

Na endodontia, os fotossensibilizadores derivados das fenotiazinas têm sido amplamente empregados nas pesquisas envolvendo PDT. As fenotiazinas são compostos heteroaromáticos tricíclicos, corantes azuis, como o corante azul de toluidina e o azul de metileno. Em baixas concentrações não produzem ação citotóxica e a dose necessária para a morte bacteriana é menor que a dose para causar danos a células, como queratinócitos e fibroblastos (KONOPKA; GOSLINSKI, 2007).

Atualmente são utilizados lasers de diodo, emitindo no espectro do vermelho em baixa intensidade, por serem bem absorvidos pelos tecidos biológicos. Na terapia fotodinâmica, os efeitos obtidos não o são por incremento de temperatura, mas por reações fotoquímicas entre o fotossensibilizador, luz e o substrato (AMARAL et al., 2010).

2.3.3 Obturação

A obturação do sistema de canais é uma etapa essencial do tratamento, devendo ser realizado nos mais elevados padrões clínicos, uma vez que, o objetivo é procurar bloquear a comunicação de microrganismo entre a cavidade oral e os

tecidos periapicais e eliminar todos os espaços vazios do interior do sistema de canais radiculares (MARTINS et al., 2011).

Desta maneira, depois da reabsorção ter cessado, é necessário proceder à obturação do canal e da região da reabsorção com cimento e guta-percha, de modo a obter-se uma obturação tridimensional e o mais hermética possível de todo sistema de canais e do local da reabsorção interna (EVANS; BISHOP, RENTON, 2012).

No entanto, devido ao formato, irregularidade e inacessibilidade do defeito da reabsorção interna, a obturação do canal coloca algumas dificuldades ao operador, necessitando este de técnicas diferentes, conforme a superfície afetada pela reabsorção (NILSSON et al.,2013).

Assim, a técnica mais indicada para os casos de reabsorção interna é a técnica de ondas contínua de calor (MIRANDA et al., 2013; CELIKTEN, UZUNTAS, KURT, 2014).

3. RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente P.G.S., gênero feminino, 32 anos, apresentou-se no consultório privado relatando presença de uma fístula próxima ao segundo molar inferior esquerdo. Porém, o tratamento endodôntico do dente 37 já havia sido realizado há dez anos.

Inicialmente, foi realizada o exame radiográfico inicial do elemento 37. Na qual foi diagnosticado um quadro clinico de Periodontite Apical Crônica associado à presença de reabsorção interna na raiz mesial. Portanto, os condutos mésio-lingual e mésio-vestibular apresentavam-se em forma de fita, ou seja, por causa da reabsorção interna foi acentuada a união dos canais.



Figura 1- Radiografia Inicial

Devido a grande dificuldade de detectar a localização precisa da reabsorção interna, apenas utilizando a radiografia convencional, foi solicitada ao paciente a tomografia computadorizada por feixes cônicos (Cone Beam) .

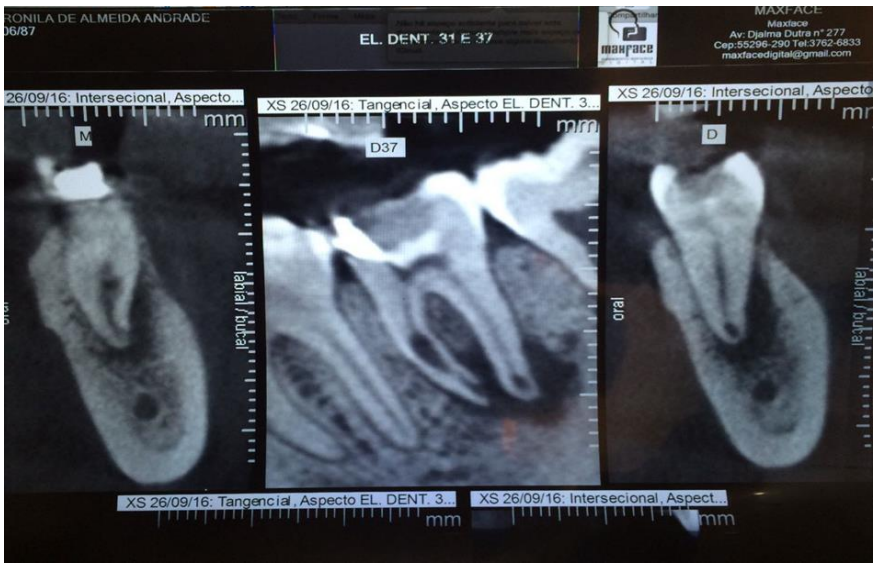


Figura 2- Tomografia Computadorizada

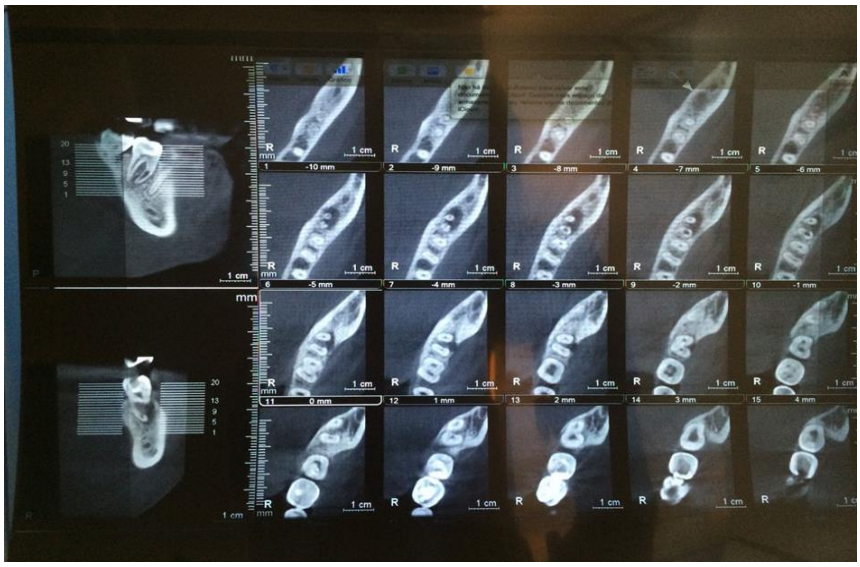


Figura 3- Corte axial da tomografia computadorizada

Após a análise da radiografia periapical e da tomografia computadorizada foi ndcado o seguinte plano de tratamento: o retratamento endodôntico.

Primeiramente foi realizada a anestesia infiltrativa com Mepivacaína (1:100.000 epinefrina) através de um bloqueio troncular. A abertura coronária foi realizada com broca esférica diamantada #1016 (FG - KG Sorensen), e a forma de contorno e conveniência com a broca tronco-cônica de ponta inativa #3082 (Dentsply).

Posteriormente, isolou-se o campo operatório com dique de borracha e grampo, garantindo um campo asséptico.

Após a abertura coronária, foi realizado a desobituração dos canais mésio-vestibular, mésio-lingual e distal utilizando o sistema rotatório Prodesign S (Easy).

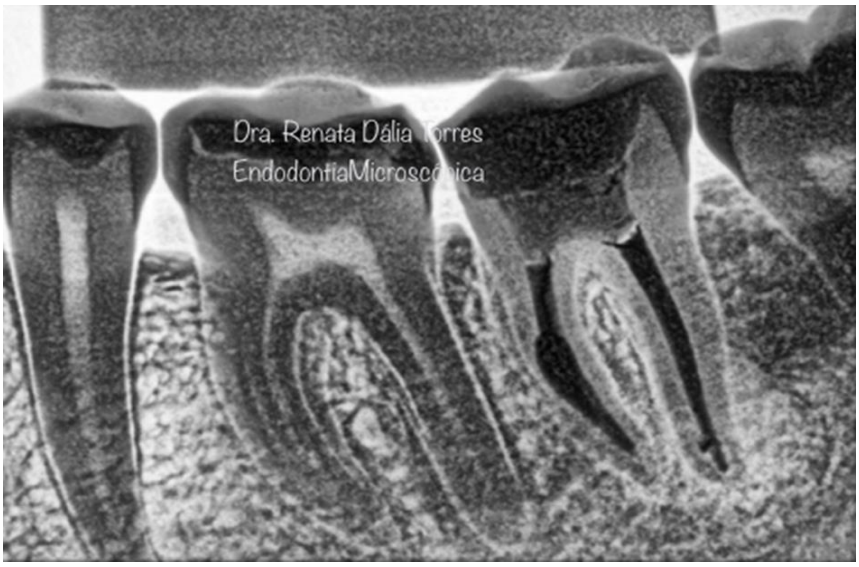


Figura 4- Radiografia com canais radiculares desobiturados

Depois da remoção da guta-percha, realizou-se irrigação-aspiração com solução de hipoclorito de sódio a 5,25%. O comprimento de trabalho foi obtido por meio do localizador eletrônico foraminal. O preparo mecânico dos canais foi feito com o sistema rotatório Logic (Easy). Na raiz mésio-vestibular e mésio-lingual com a Logic #30/05 e na raiz distal com a Logic #40/05. Porém sempre tendo o cuidado de estar sempre realizando a irrigação-aspiração com hipoclorito de sódio a 5,25% durante o preparo químico mecânico dos canais radiculares.

Após realizado o preparo dos canais, foi feito a agitação da solução irrigadora com a Easy Clean (Easy) calibrada no comprimento real de trabalho nos três canais radiculares. Foi realizado 3 ciclos de 20 segundos. Porém, para a realização da agitação na raiz mesial foi dobrado a ponta da Easy Clean para que esta pudesse tocar em todas as paredes da reabsorção interna.

A terapia fotodinâmica foi realizada nos canais radiculares. O Agente fotossensibilizador (corante) à base de azul de metileno foi aplicado com seringa e cânula nos canais, aguardou-se o período de 5 minutos e em seguida foi feito a irradiação com o laser 660nm (vermelho), por um período de 90 segundos para cada canal radicular mantendo-se a fibra no interior do conduto.

Em seguida foi utilizado o EDTA, deixando agir nos canais radiculares, por um período de 1 minuto.

Foi utilizada a medicação intracanal Ultracal XS permanecendo por um período de 20 dias.

Após o período de 20 dias, havendo regressão da fístula, foi realizado a segunda sessão na qual procedeu a remoção da medicação intracanal através da irrigação-aspiração com hipoclorito de sódio a 5,25%. Depois foi realizado novamente a terapia fotodinâmica e em seguida foi utilizado o EDTA, para a remoção da smear layer, por um período de 1 minuto nos canais radiculares.

Foi feito a obturação dos canais com a guta percha e o cimento endodôntico AH Plus através da técnica de ondas contínua de calor. Esta técnica consiste em um método de termoplastificação da guta-percha na qual permite que seja controlada a quantidade de calor levada ao interior do canal, com a finalidade de plastificar a guta-percha e permitir a obturação tridimensional do canal radicular. Para a sua execução foi utilizado um aparelho gerador de calor que, através de um cabo, aquece um condensador lateral que, ao ser colocado no interior do canal radicular plastifica e condensa a guta percha simultaneamente.



Figura 5- Radiografia Final

Por fim, o acompanhamento e proservação do caso clínico durante 6 meses na qual foi observado a regressão da fístula e da Periodontite Apical Crônica, da fistula

4. DISCUSSÃO

A reabsorção interna é uma doença que estimula interesse a ciência endodôntica, uma vez que o tratamento desta patologia é bastante complicado e geralmente imprevisível. O que interfere diretamente no prognóstico das reabsorções é o diagnóstico precoce, e este está intimamente associado a interpretação correta de exames radiográficos de rotina e acompanhamento dos casos (ARAÚJO; LINS, 2007).

Um fator significativo relacionado com o desenvolvimento de reabsorção interna é a idade do paciente. Reabsorção interna é mais frequente em pacientes jovens. Portanto, este caso clínico estar em consonância com a literatura citada, já que se trata de uma paciente com 32 anos (Soares et al., 2015).

No que diz respeito á localização, a reabsorção interna é mais frequentemente encontrada na região coronária porção cervical, podendo, no entanto localizar-se em qualquer região dos sistemas de canais radiculares (COHENCA et al., 2007). Sendo assim, este trabalho corrobora com os autores citados, uma vez que se refere a um retratamento de um molar inferior, na qual a reabsorção interna se encontra na raiz mesial.

Contudo, cabe ressaltar as restrições que o exame radiográfico convencional apresenta diante de casos de reabsorção. Este permite a visualização da patologia em apenas duas dimensões, dificultando a localização correta da doença no sistema de canais, consequentemente, no norteio do tratamento adequado e muitas vezes no próprio diagnóstico (ARAÚJO; LINS, 2007).

De acordo com Perlea et al. (2015), para melhorar o diagnóstico e tratamento da reabsorção interna, tomografia computadorizada revela-se mais confiável do que a radiografia convencional. Em comparação com radiografias periapicais, a tomografia avalia tridimensionalmente a reabsorção interna e pode demonstrar uma

maior prevalência de radiolucência periapicais, pois corrobora visualizações de imagem axial, coronal e sagital.

Este relato de caso enfatiza a valiosa contribuição da tomografia computadorizada para o diagnóstico correto e eficiente tratamento do canal com reabsorção radicular interna.

A maioria dos casos de reabsorção interna é classificada como idiopática pelo fato do paciente não se lembrar de pequenos traumatismos, como a concussão, considerada trauma muito leve (CONSOLARO et al., 2010). O caso clínico relatado possui etiologia desconhecida, muito embora, o deficiente tratamento endodôntico realizado na raiz mesial possa justificar o desenvolvimento da inflamação crônica imediatamente abaixo do material obturador.

Segundo Shanon Patel et al. (2010), o diagnóstico da reabsorção radicular interna normalmente é realizado por exames radiográficos de rotina, já que a maioria dos casos é assintomático. Alguns pacientes podem relatar sintomatologia dolorosa, quando a reabsorção interna evolui levando à comunicação com o periodonto. Os sintomas podem não estar relacionados à reabsorção, mas com a periodontite aguda que pode desenvolver-se como consequência da infecção do canal radicular. No entanto, este caso clínico estar em consonância com a literatura, uma vez que a paciente não relata dor e apresenta uma fístula na região próxima ao elemento dentário 37 e, portanto, o retratamento endodôntico foi indicado.

O melhor tratamento para a reabsorção interna é o tratamento endodôntico, pois impossibilita o transporte de sangue às áreas de reabsorção. Fazendo-se necessárias consultas de acompanhamento para possibilitar um bom prognóstico (FAVARIN et. al., 2015).

No entanto, o grande desafio deste tratamento está no acesso à área reabsorvida, devido à dificuldade na limpeza e na remoção do tecido de granulação,

bem como no preenchimento da área através da obturação do canal (MELO et al., 2014).

Devido a grande dificuldade de acesso dos instrumentos endodônticos às paredes dentinárias durante o preparo químico mecânico do sistema de canais radiculares é necessário à irrigação dos canais com abundante quantidade de hipoclorito de sódio para que este, através de suas propriedades de ação rápida, desodorizante, clareadora e bactericida de baixo custo, possa promover remoção da matéria orgânica presente nas regiões inacessíveis aos instrumentos endodônticos. (GESTEIRA; JESUS, 2014; FAVARIN et. al., 2015). Portanto, este trabalho estar em consenso com os autores, já que foi utilizado como solução irrigadora o hipoclorito de Sódio a 5,25%.

Ferreira et al. (2007), referem que durante a irrigação pode ser realizado a agitação da solução irrigadora através de ultrassons, assim provocando um efeito de cavitação, levando a um resultado tridimensional (3D) da ação da solução da irrigação nas zonas mais inacessíveis da cavidade de reabsorção. Com isso, este trabalho estar em consenso com os autores, uma vez que foi utilizado a Easy Clean, instrumento este que gera o mesmo efeito de ultrassons, para que assim a solução irrigadora pudesse agir em todas as paredes da reabsorção interna.

A terapia fotodinâmica (PDT) desponta como uma nova terapia, coadjuvante ao tratamento endodôntico, na tentativa de eliminar microorganismos persistentes ao preparo químico-mecânico. Sendo de fácil e rápida aplicação clínica, não desenvolve resistência microbiana, podendo ser indicada em tratamentos endodônticos em sessão única ou em múltiplas sessões (Amaral et al., 2010). Desse modo, este caso clínico estar em consenso com a literatura, pois foi realizada a terapia fotodinâmica nas duas sessões do tratamento.

O uso do EDTA 17% destina-se a remoção do smear layer produzido durante o processo de instrumentação, ajudando assim a expor os canalículos dentinarios

para melhor atuação da medicação intra-canal e vedamento do canal pelo material obturador (MIRANDA et al., 2013). Portanto, este estudo estar em consonância com a literatura, já que foi utilizado o EDTA 17% nos canais radiculares, deixando agir, por um período de 1 minuto.

Segundo Amaral et al. (2010), a excelente biocompatibilidade e radiopacidade são os pontos fortes deste cimento obturador do mercado (Cimento endodôntico AH Plus) e as propriedades físicas e apresentação, deste cimento, permitem uma fácil manipulação e utilização em qualquer técnica de trabalho. Portanto, este estudo considera a grande importância em utilizar o melhor cimento endodôntico com o intuito de atingir um melhor selamento dos canais radiculares, uma vez que foi utilizado o cimento endodôntico AH Plus.

O objetivo final do tratamento endodôntico é a obturação tridimensional do espaço endodôntico, após ter sido completamente limpo, conformado e desinfectado. Devido a grande dificuldade do tratamento em casos de reabsorção interna, a técnica indicada para este caso, é a obturação através de ondas contínua de calor. A grande vantagem desta técnica é o fato de ser muita rápida e levar a guta percha a um estado compacto, que em canais largos resulta numa menor infiltração em relação à técnica de condensação lateral (MIRANDA et al., 2013).

Com o diagnóstico precoce e cuidadoso através do exame clínico, anamnésico e exame radiográfico, fica mais fácil proceder à terapêutica adequada (GESTEIRA; JESUS, 2014).

5. CONCLUSÃO

Desta forma, este estudo alerta sobre a importância da realização de um minucioso exame clínico, principalmente no tocante a uma anamnese realizada com bastante acuidade e exames radiográficos, pois quanto mais precocemente forem diagnosticadas as reabsorções radiculares internas, melhor será o prognóstico e maiores serão as chances ao sucesso do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALBADRI, S.; ZAITOUN, H.; KINIRONS, M.J. **UK National Clinical Guidelines in Paediatric Dentistry**: treatment of traumatically intruded permanent incisor teeth in c

AL-MOMANI, Z.; NIXON, P.J. Internal and external root resorption: aetiology, diagnosis and treatment options. **Dent Update**. 40(2):102-4, 7-8, 11-2. 2013.hildren. Int J Paediatr Dent 20, Suppl 1, 1-2.2010.

AMARAL, R. R. et al. Terapia fotodinâmica na endodontia - revisão de literatura. **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 2, p. 207-211, maio/ago. 2010.

ARAÚJO, L.C.G.; LINS, C.C.S.A. Prevalência de reabsorção interna em prontuários de pacientes da clínica de especialização em endodontia da UFPE. **International Journal of Dentistry,** Recife, v. 6, n. 3, p. 71-74, jul./set. 2007.

ARAÚJO, L. C. G. et al. Study of Prevalence of Internal Resorption in Periapical Radiography of Anteriors Permanents Tooth. **Int J Morphol**, Temuco, v. 27, n. 1, p. 227-230, 2009.

ARORA, S. et al. Management of A Rare Case of Communicating Internal-External Inflammatory Resorption. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 9, n. 5, p. 39-40, may. 2015.

ASGARY, S.; CALISKAN, M.K. Vital Pulp Therapy of a Mature Molar with Concurrent Hyperplastic Pulpitis, Internal Root Resorption and Periradicular Periodontitis: A Case Report. **Iranian endodontic journal.** 10(4):284. 2015.

CAMARGO, S. E. A. et al. Principais características clínicas e radiográficas das reabsorções radiculares internas e externas . **Rev. Odonto. Univ. Cid. São Paulo,** São Paulo, v.20, n. 2, p 195-203, maio/ago. 2008.

CELIKTEN, B.; UZUNTAS, C.F.; KURT, H. Multiple idiopathic external and internal resorption: Case report with cone-beam computed tomography findings. **Imaging Science in Dentistry,** v. 44, p. 315-20, july. 2014.

COHENCA, N. et al. Clinical indications for digital imaging in dento-alveolar trauma. Part 2: root resorption. **Dental Traumatology,** p. 105-13. 2007.

CONSOLARO, F. A. et al. Reabsorção Cervical Externa versus Reabsorção Interna Coronária: diagnóstico diferencial e implicações terapêuticas e estéticas. **Rev. Dental Press Estét.,** Maringá, v. 7, n. 3, p. 128-135, jul./set. 2010.

CONSOLARO, A. The four mechanisms of dental resorption initiation. **Dental Press J Orthod.** 18(3):7-9. 2013.

EVANS, G. E.; BISHOP, K.; RENTON, T. Update of guidelines for surgical endodontics—the position after ten years. **British Dental Journal,**vol.212,no.10,pp.497–498,2012.

ESNAASHARI, E.; PEZESHKFAR, A.; FAZLYAB, M. Nonsurgical Management of an Extensive Perforative Internal Root Resorption with Calcium-Enriched Mixture Cement. **Iranian Endodontic Journal**, v. 10, n. 1, p. 75-78, nov. 2014.

FAVARIN, P. et al. Reabsorção Dentária Interna: Relato de caso clinic. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 64-71, jan./abr. 2015.

FERREIRA, M. M. et al. Reabsorção Radicular Interna. **Rev. Portuguesa de Estomatol. Cir Maxilofac,** v. 48, n. 2, p. 121-126 2007.

GABOR, C. et al. Prevalence of internal inflammatory root resorption. **J Endod**. 38(1):24-27.2012.

GESTEIRA, M. F. M.; JESUS, J.S.S. Tratamento endodôntico de reabsorção radicular interna com comunicação periodontal: relato de caso clínico. **Rev. ciênc. méd. biol.**, Salvador, v.13, n. 1, p. 112-118, jan. / abr. 2014.

HECOVA, H. et al. A retrospective study of 889 injured permanent teeth. **Dent Traumatol** 26, 466-475. 2010.

KONOPKA, K.; GOSLINSKI, T. Photodynamic therapy in dentistry. **J Dent Res.** 86(8):694-707. 2007

MARTINS, S. F. et al. Comparação da obturação endodôntica pelas técnicas de condensação lateral, híbrida de Tagger e Thermafil: estudo piloto com Micro-tomografia computorizada. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.,** v. 52, p. 59-69, 2011.

MELO, T.A.F. et al. Eficácia de duas técnicas de obturação em cavidades experimentais de reabsorção radicular interna. **Rev. Odontol UNESP**, v. 43, n. 6, p. 367-771, nov. /dec. 2014.

MIRANDA, L. H. Técnicas Avançadas de Obturação Endodôntica. **Revista FAIPE**, v. 3, n. 1, 2013.

NILSSON, E. et al. Management of Internal Root Resorption on Permanent Teeth. **Bedford Hills**, v. 2013, p. 1-7, nov. 2013.

ORHAN, K.; AKSOY, U.; KALENDER, A. Cone-beam computed tomographic evaluation of spontaneously healed root fracture. **J Endod**, V. 36, P. 1584-7.2010

PATEL, S. et al. Internal root resorption: a review. **J Endod**. 36(7):1107-21.2010.

PERLEA, P. et al. The use of cone beam computed tomography in the diagnosis and management of internal root resorption associated with chronic apical periodontitis: a case report. **Rom J Morphol Embryol,** Bucuresti, v. 56, n. 1, p. 223-227, 2015.

RAMAZANI, M. et al. Interdisciplinary Approach for Management of Iatrogenic Internal Root Resorption: A Case Report. **Iranian Endodontic Journal**, v. 11, n. 1, p. 71-74, sep. 2015.

SHANON PATEL, B. D. S. et al. Internal Root Resorption: a review. **J. Endod**., New York, v. 36, n. 7, p. 1107-1121, 2010.

SOARES, A.J. et al. Frequency of root resorption following trauma to permanent teeth. **J. oral sci.**, Tokyo, v. 57, n. 2, p. 73-78, feb. 2015.