FACULDADE DE SETE LAGOAS – FACSETE

Especialização em Endodontia

MARIANA PEREIRA BARRETO

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DAS UNIDADES 11 E 12 COM REAÇÃO PERIAPICAL EM SESSÃO ÚNICA:

Relato de caso

Sete Lagoas
2025

MARIANA PEREIRA BARRETO

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DAS UNIDADES 11 E 12 COM REAÇÃO PERIAPICAL EM SESSÃO ÚNICA:

Relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em Endodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Me. Letícia Oliveira Saraiva Villas Boas

Área de concentração: Endodontia

Sete Lagoas
2025

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

B273r

Barreto, Mariana Pereira.

Retratamento endodôntico das unidades 11 e 12 com reação periapical em sessão única [manuscrito] : Relato de caso / Mariana Pereira Barreto. – Sete Lagoas, 2025.
18 f. ; il., p&b (11 fotos).

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Endodontia) – Faculdade Sete Lagoas, Sete Lagoas-MG, 2025.
Orientador : Profª. Me. Letícia Oliveira Saraiva Villas Boas

1. Endodontia. 2. Retratamento. 3. Recidiva. I. Título.

CDD – 617.634 2

Elaborado por Aurilene Araújo da Costa CRB 3/1272

MARIANA PEREIRA BARRETO

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DAS UNIDADES 11 E 12 COM REAÇÃO PERIAPICAL EM SESSÃO ÚNICA:

Relato de caso

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de especialização em ortodontia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Me. Letícia Oliveira Saraiva Villas Boas

Área de concentração: Endodontia

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

Prof. ª Me. Letícia Oliveira Saraiva Villas Boas – CENO – Salvador - BA
Orientador

Prof.ª Me. Liliana Machado Ruivo – CENO – Salvador - BA
Avaliador

Prof. Dr. Alexandre Mascarenhas Villela – CENO – Salvador - BA
Avaliador

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DAS UNIDADES 11 E 12 COM REAÇÃO PERIAPICAL EM SESSÃO ÚNICA:
Relato de caso

Mariana Pereira Barreto
Letícia Oliveira Saraiva Villas Boas

Resumo

O retratamento endodôntico consiste na retirada de material obturador antigo e nova limpeza e modelagem do canal radicular, afim de reparar falhas cometidas no procedimento anterior. Paciente M.B.O., sexo feminino, 52 anos, compareceu ao ambulatório para retratamento endodôntico das unidades 11 e 12, após tratamento endodôntico realizado há mais de dois anos, sem sucesso. Durante o exame clínico observou-se edema, sensibilidade a palpação e a percussão, teste de sensibilidade negativo e dor. Radiograficamente lesão periapical aparente. Juntando os achados clínicos com o radiográfico pode-se concluir o diagnostico como Periodontite Apical Aguda. Com base nas informações obtidas o tratamento definido foi o retratamento endodôntico das unidades dentárias 11 e 12, realizado em sessão única, com instrumentação reciprocante, Eucaliptol como solvente, hipoclorito e EDTA como substâncias auxiliares e obturação termoplastificada. O procedimento resultou em, após 10 meses de proservação, êxito na terapia realizada com imagem sugestiva de regressão de lesão periapical, bem como desaparecimento de sintomatologia dolorosa relatada pela paciente. O objetivo deste trabalho é verificar, por meio de um caso clínico, o retratamento endodôntico como alternativa viável para casos de insucesso de terapia endodôntica anterior, evidenciada por regressão de lesão periapical.

Palavras-chave: Retratamento; Endodontia; Recidiva.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo principal do tratamento endodôntico é a preservação da unidade dentária em função, visando a manutenção da saúde bucal do paciente. Para o sucesso da terapia é necessário seguir corretamente protocolos e princípios, sejam eles mecânicos, biológicos ou científicos, desde o diagnóstico até durante toda a sua execução. Após remoção do tecido pulpar e do tecido séptico, se presente, a preparação do canal para receber um material biocompatível capaz de selar toda sua extensão, consiste na combinação de procedimentos capazes de diminuir ou paralisar a atividade microbiana no canal, reestabelecendo a saúde dos tecidos perirradiculares. Apesar de todos os avanços para a realização de um tratamento satisfatório, ainda há casos de insucesso na terapia endodôntica (CHANDRA, 2009; CAMPOS *et al*., 2017).

No retratamento endodôntico busca-se o reparo das falhas cometidas em um procedimento anterior. A limpeza e modelagem do canal radicular com remoção do material de obturação antigo, seja com instrumentos manuais ou rotativos, é o que fundamenta o principal objetivo do retratamento endodôntico (DAS *et al*., 2017). A periodontite apical pós-tratamento pode ser categorizada como: Emergente (desenvolvida pós tratamento), Persistente (se persistir apesar do tratamento) ou Recorrente (se desenvolvida após ter cicatrizado). Essas são as mesmas doenças que a periodontite apical primária associada a canais não tratados, a diferença são as condições do canal radicular (SIQUEIRA JR. *et al*., 2014).

A inacessibilidade aos microorganismos localizadas em áreas como istmos, ramificações, deltas, irregularidades e túbulos dentinários para a total desinfecção do canal radicular é considerado um dos possíveis geradores do insucesso no tratamento endodôntico (SIQUEIRA JÚNIOR, 2001). Não obstante, se há falha na obturação do canal radicular, sem proporcionar a completa vedação do mesmo, a infiltração de fluidos de tecidos pode favorecer o crescimento bacteriano, que ao atingir evolução significativa e acesso ao espaço perirradicular pode continuar a inflamar e infeccionar os tecidos perirradiculares (WERLANG *et al*., 2016).

O prognóstico do tratamento endodôntico também está relacionado à vedação radicular. O selamento coronal eficaz está diretamente ligado ao sucesso da terapia endodôntica, visto que a presença de uma restauração coronal adequada ajuda na proteção do dente tratado e do sistema de canais radiculares contra possíveis infiltrações e reinfecções. A concretização do tratamento endodôntico se dá quando o dente tratado não apresenta sinais e/ou sintomas clínicos e radiográficos, sendo a saúde apical restabelecida (lesão apical diminui ou desaparece) (ZOTI; HARTMANN, 2016).

As variações anatômicas ocorridas durante a sua formação, odontogênese, alteram o formato e a anatomia dos dentes, também podendo se tornar um dos fatores ligados ao insucesso do tratamento endodôntico. É de fundamental importância que o Cirurgião-Dentista que esteja executando o trabalho fique atento à anatomia clínica e radiográfica do dente a ser tratado. Essas alterações são mais comuns em incisivos laterais superiores, pré-molares inferiores e molares superiores. Sendo as que mais interferem no tratamento endodôntico: *dens in dente*, taurodontismo, dilaceração, fusão e geminação (BARBOSA *et al*., 2005).

O aparecimento ou persistência de uma lesão periapical após um tratamento endodôntico é um dos indícios para definir o insucesso do tratamento, a longo prazo. Sendo a infecção a causa da lesão periapical, o resultado da terapia endodôntica, dentro das suas variáveis técnicas e biológicas, está diretamente ligado

com a cura e/ou permanência da mesma (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2019).

Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de retratamento endodôntico de um incisivo central superior e de um incisivo lateral superior com lesão periapical.

2 RELATO DE CASO

Paciente M.B.O., gênero feminino, 52 anos, melanoderma, sem doenças sistêmicas, compareceu ao ambulatório do Centro de Estudos Odontológicos para retratamento endodôntico das unidades 11 e 12, após tratamento endodôntico realizado anteriormente, há mais de dois anos, sem sucesso. A queixa principal da paciente era sintomatologia dolorosa nas unidades.

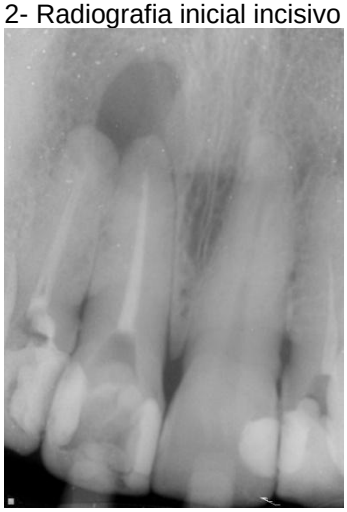
Durante o exame clínico notou-se presença de material restaurador nas unidades em questão, edema por vestibular, sem fístula, com sensibilidade a palpação e a percussão e teste de sensibilidade negativo. Paciente relatava dor espontânea moderada e incômodo durante mastigação. Após exame radiográfico notou-se a presença de imagem radiolúcida sugestiva de reação periapical associada as duas unidades em questão, 11 e 12. Juntando os achados clínicos com o radiográfico pode-se concluir o diagnostico como Periodontite Apical Aguda. Com base nas informações obtidas o tratamento definido foi o retratamento endodôntico das unidades dentárias 11 e 12. (FIGURA 1):

Figura 1 - Radiografia inicial incisivo lateral



Fonte: Autora

Figura 2- Radiografia inicial incisivo central



Fonte: Autora

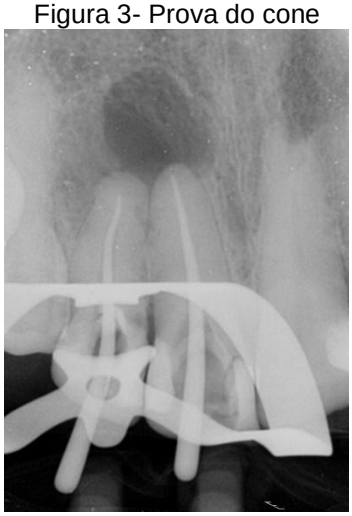
O procedimento foi iniciado realizando a anestesia com bloqueio do nervo alveolar superior anterior, utilizando o anestésico Citocaína® 3% DFL (Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil) logo após, o acesso a câmara pulpar foi realizado com broca esférica diamantada 1014 KG Sorensen® (Cotia/ São Paulo, Brasil) e broca 3082 KG Sorensen® (Cotia/ São Paulo, Brasil) para realizar forma de conveniência, em seguida isolamento absoluto, com lençol de borracha Madeitex (São Paulo, Brasil) preso no arco de Ostby Maquira Indústria de Produtos Odontológicos S.A (Maringá, Paraná, Brasil) e grampo 212 KSK Nova DFL (Taquera, Rio de Janeiro, Brasil) , adaptado apenas na unidade 12, realizando adaptação para exposição e trabalho em conjunto com a unidade 11.

Foi realizada a desobstrução inicial do material obturador com broca Gates Glidden 32mm nº 2 Maillefer Dentsply Sirona ® (Ballaigue, Switzerland, Suíça). Utilizando o localizador apical Propex Pix Maillefer Dentsply Sirona ® (Ballaigues, Switzerland, Suiça) com auxílio da e lima #10 Maillefer Dentsply Sirona ® (Ballaigues, Switzerland, Suiça) foi confirmado o comprimento de trabalho. A remoção do material obturador restante foi realizada com lima reciprocante V – File 25mm, 25.08 Eurodonto ® (Curitiba, Paraná, Brasil), com auxilio também de Eucaliptol Biodinâmica ® (Ibiporã, Paraná, Brasil) como solvente auxiliar, tornando um processo sem grandes intercorrências, mesmo sendo mais trabalhoso na unidade 12.

Após retirada do material obturador, a modelagem do canal foi realizada com lima reciprocante V – File 25mm, 25.08 Eurodonto ® (Curitiba, Paraná, Brasil) no motor X Smart Plus Maillefer Dentsply Sirona ® (Ballaigue, Switzerland, Suíça) no modo Reprociproc all e refinamento com Lima rotatória ProDesign Logic #25mm 35.05 Easy Equipamentos Odontológicos ® (Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil) no modo programado com 500 rpm e 3.0 de torque, sendo o comprimento de trabalho até o zero do localizador, com as respectivas milimetragens correspondentes de cada dente. Seguida da prova do cone microtipped M Tanari ® (Manacapuru, Amazonas, Brasil) devidamente calibrado e travado na medida correspondente a 1 milímetro aquém do comprimento de trabalho, confirmado radiograficamente (FIGURA 2). Logo em seguida foi realizado a ativação da irrigação com agitador Easy Clean Easy Equipamentos Odontológicos ®, (Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil) em 3 ciclos de 20 segundos, alternando as substâncias: Hipoclorito de sódio a 2,5% Farma Ind.

Farmacêutica Ltda ® (Serrana, São Paulo, Brasil), EDTA 17% Biodinâmica ® (Ibiporã, Paraná, Brasil) e soro fisiológico.

Figura 3- Prova do cone



Fonte: Autora

A obturação foi executada, após a secagem do canal com pontas absorventes #40 Tanari ® (Manacapuru, Amazonas, Brasil), com Cone Microtipped M Tanari ® (Manacapuru, Amazonas, Brasil) devidamente calibrado com Régua Calibradora Maillefer Dentsply Sirona ® (Ballaigue, Switzerland, Suíça) cortado e condensado com ponta de ultrassom TRI 33 Trinks ® , (São Paulo, São Paulo, Brasil) e cimento obturador AH plus Dentsply ® (DeteyGmbh, Konstanz, Alemanha) no terço apical e médio, sendo preenchido o terço cervical do canal com Guta Flow Endo Tanari Plus AV Tanari ® ,(Manacapuru, Amazonas, Brasil) aquecida em Porta Guta AV Trinks® (São Paulo,São Paulo, Brasil) e inserida com condensador de guta Mcspadden Maillefer Dentsply Sirona ® (Ballaigue, Switzerland, Suíça). (FIGURA 3) O selamento final, já na parte coronal das unidades dentárias foi feito com cimento de ionômero de vidro SS Write ®, (Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil), após ter colocado um pouco de Cotosol - Restaurador Provisório Villevie (Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil) logo na embocadura do canal. Foi realizada radiografia final. (FIGURA 4).

Figura 4- radiografia prova da obturação



Fonte: autora

Figura 5- Radiografia final incisivo lateral



Fonte: autora

Figura 6- Radiografia final incisivo central



Fonte: autora

3 RESULTADOS

Na consulta de retorno foram realizados novos testes e exames a fim de verificar a eficácia do tratamento realizado. Após proservação de 10 meses, clinicamente não havia mais sinais de edema, testes de palpação e percussão negativos e ausência de sintomatologia dolorosa. No exame radiográfico a imagem sugere lesão periapical reparada.

Figura 7- radiografia inicial



Fonte: autora

Figura 8- radiografia final incisivo lateral



Fonte: autora

Figura 9- radiografia final incisivo central



Fonte: Autora

Figura 10 - Radiografia de proservação após 10 meses incisivo lateral



Fonte: Autora

Figura 11- Radiografia de proservação após 10 meses
incisivo central



Fonte: Autora

4 DISCUSSÃO

Diante do que foi exposto, entende-se que a eficácia do tratamento endodôntico depende principalmente da erradicação de microrganismos do sistema de canais radiculares, dentre outros fatores. Sendo esse resultado não alcançado, a melhor alternativa é o retratamento (ESTRELA *et al.,* 2009). Para o caso citado, este foi o procedimento de escolha devido ao insucesso clínico e radiográfico de tratamento anteriormente realizado.

Tendo em vista que o tratamento endodôntico deve ser acompanhado mesmo após a prática da obturação do canal, a proservação deve ser realizada a fim de acompanhar e avaliar se as condutas realizadas durante o tratamento foram bem-sucedidas, seja nos dados clínicos, como também nos radiográficos. A Sociedade Europeia de Endodontia (EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY, 2006) aconselha que a proservação, por meio de imagem radiográfica, seja realizada pelo menos até um ano após o término do tratamento. No caso em questão, a paciente já havia realizado o tratamento endodôntico primário há dois anos, com sinais e sintomas ainda existentes, comprovados com a lesão periapical sem regressão radiograficamente.

O retratamento endodôntico requer uma execução criteriosa para a sua realização, não se trata de um procedimento simples, apesar de ser considerado o menos invasivo se comparado com extração e cirurgia parendodôntica. Estudos relatam que retratamento endodôntico não cirúrgico apresenta melhores índices de sucesso (83%) em comparação com cirurgia (71,8%) (TORABINEJAD *et al*., 2009). Rios et al. (2018) relataram em seu estudo que 76% dos incisivos e caninos tratados tiveram sobrevida de aproximadamente 10 anos. Mas para isso deve-se avaliar cuidadosamente a presença de fratura radicular, canal não tratado ou volumoso e perfurações, para a tomada de decisão do melhor tratamento a ser realizado (WILCOX *et al*., 1987). A tomada de decisão para o tratamento adequado para o caso citado com a terapia menos invasiva, retratamento endodôntico por via não-cirúrgica, foi estabelecida logo após a exclusão de todos os critérios acima.

A remoção de material obturador e reinstrumentação dos canais radiculares são duas etapas associadas, dando ao canal um formato mais ampliado do que o inicial. Muitas são as técnicas de remoção, incluindo instrumentos rotativos feitos de

aço inoxidável ou níquel-titânio, como também o uso das brocas Gates-Glidden, citado no estudo de Duncan e Chong (2008), como instrumento muito eficaz na remoção de guta-percha na parte coronal do canal radicular. Foram associados os dois instrumentos no caso clínico para retirada da parte coronal do material obturador, em amplas unidades. O estudo de Masiero e Barletta (2005) cita a importância de limas tipo K para auxílio na remoção do material obturador restante, principalmente em canais retos, juntamente com sistemas rotativos preconizado para as partes média e apical do canal. No caso exposto, por serem dentes unirradiculares, incisivo lateral e central, foi possível o manuseio da lima K, tanto na determinação do comprimento de trabalho, como também do auxílio de retirada de material obturador. Apesar de diminuir significativamente o tempo de atingir o comprimento de trabalho e remoção de material obturador, uma das desvantagens do uso das limas rotatórias é o risco de fratura (SIQUEIRA JR. et al., 2014). Sendo no caso utilizado uma lima de movimento reciprocante, de primeiro uso, para evitar possíveis acidentes.

Estudos demostram que o movimento reciprocante é referência para casos de retratamento pelo fato de realizar com excelência a técnica de remoção de material obturador, por esse motivo foi utilizado no caso descrito (BERNARDES et al., 2015). Zuolo et al. (2013) cita que os materiais de sistemas automatizados são preferência no retratamento endodôntico devido a sua segurança, eficácia e velocidade, sendo o movimento reciprocante o mais rápido para remoção de guta percha e cimento. Porém, além do movimento ideal a ser selecionado, o instrumento utilizado deve ser seguro o suficiente para evitar intercorrências, visto que no retratamento a lima sofre maior resistência do que em um tratamento primário. No caso clínico foi utilizado a lima V file #25.08 (TDK), que contém o desenho semelhante ao da Reciproc (VDW), sendo essa última citada no estudo comparativo de Rios et al. (2014), que confrontou as limas Reciproc, WaveOne e ProTaper Universal para remoção de guta-percha e cimento em retratamento, concluindo que todos esses sistemas são eficazes para a realização desse procedimento.

A irrigação tem um papel importante no auxílio do preparo químico-mecânico de canais, no tratamento endodôntico inicial, e principalmente no retratamento. As funções variam desde dissolver tecidos orgânico e inorgânico, atividade antimicrobiana e evitar extrusão do material infectado para a área periapical (SILVEIRA et al., 2015). Tendo em vista que nenhuma técnica é capaz de remover completamente a guta-percha e o cimento das paredes dos canais, independente da técnica e do instrumento rotatório utilizado, como ratificado no resultado apresentado no estudo de Rios et al. (2014), as substâncias auxiliares tornam-se grandes aliadas no processo de desinfecção. No caso demonstrado foi utilizado durante todo o processo a irrigação auxiliar como apoio na remoção e desinfecção dos canais, e a agitação das mesmas foi uma etapa considerada importante para melhor escoamento das substâncias ao longo do sistema de canais radiculares.

A atividade antimicrobiana do hipoclorito de sódio a 2,5% o torna a solução irrigadora de escolha pelos cirurgiões-dentistas, sendo um efetivo agente antimicrobiano, porém essa atividade é proporcional à sua concentração. Ainda segundo ESTRELA *et al*. (2003), sua eficiência antimicrobiana está baseada no seu alto pH e capacidade de dissolver tecidos orgânicos, essa característica é considerada por muitos autores como sendo sua principal vantagem sobre a clorexidina. Porém, assim como a clorexidina, o hipoclorito de sódio também é incapaz de remover totalmente a *smear layer*, portanto, para todos os casos, torna-se necessária a utilização do EDTA após o preparo biomecânico (BONAN; BATISTA; HUSSNE, 2011).

Para a ativação da irrigação, foram utilizados no caso ciclos de Hipoclorito, EDTA e soro, a fim de potencializar e somatizar as funções dos mesmos.

O uso de solventes tem sido descrito na literatura como recomendados para amolecer a guta-percha e facilitar a penetração no material de obturação pelas limas. O clorofórmio que era antigamente utilizado, por ser um material cancerígeno, foi substituído pelo Eucaliptol (ZUOLO *et al*., 2012). Mesmo sendo citado como auxiliador, o uso de solvente deve ser restrito a casos que a penetração na guta-percha seja difícil, visto que esse material amolecido pode facilitar a disseminação do mesmo para o sistema de canais radiculares, tornando a sua remoção completa mais trabalhosa (DUNCAN; CHONG, 2008). Foi necessário o uso de solvente no caso apenas para facilitar a total penetração no canal em sua totalidade, após o uso da Gattes, principalmente na unidade 12.

A obturação do sistema de canais radiculares tem como objetivo evitar a penetração de bactérias nos tecidos perirradiculares e selar dentro do canal qualquer irritante que não pode ser totalmente removido. O completo fechamento do espaço da polpa com um material biocompatível e imóvel é de fundamental importância para o sucesso do tratamento (RAZAVIAN *et al*., 2006). Em 1987, Buchanan desenvolveu a técnica chamada de *Continuous Wave of Condensation Obturation Technique* (obturação com onda contínua de condensação) que consiste no aquecimento da guta-percha através de ondas contínuas de calor, oferecendo possibilidade de a guta-percha ser, simultaneamente termoplastificada e condensada (BUCHANAN, 1996). Já na técnica híbrida de Tagger o compactador Mc Spadden é utilizado para contribuir no preenchimento de espaços vazios, sendo um instrumento de fácil manejo em que se obtém uma obturação mais compacta e homogênea das unidades (TAVARES et al., 2012; SANTOS *et al*., 2010). No caso demostrado, utilizou-se associação de técnicas, a termoplastificada para vedar a parte apical do canal, e uso da Mc Spadden para preenchimento e vedação da parte coronal com guta-percha aquecida.

A escolha de um cimento obturador de qualidade, juntamente com a técnica realizada, garante a eficiente realização da obturação. Em um estudo comparativo, o cimento AH Plus foi descrito como de penetração bacteriana mais rápida de todos os grupos experimentais, demonstrou também maior escoamento porém perde em selamento apical para o Sealapex, contudo é um cimento obturador eficiente e de grande escolha pelos profissionais de área, seja para tratamento primário como para retratamento (YÜCEL *et al*., 2006). O uso do AH Plus no caso foi bem determinado, sendo evidenciado seu poder de escoamento devido ao extravasamento de cimento em uma das unidades tratadas. O nível de toxicidade e ação inflamatória nos tecidos periapicais também se porta como um dos critérios relevantes a serem analisados nos casos de extravasamento de material obturador, sendo imprescindível que o cimento seja o mais biocompatível possível com os tecidos (ALMEIDA *et al*., 2020; NGUYEN, 1991). Como neste caso obtivemos a regressão da lesão periapical mesmo com o extravasamento do cimento obturador em uma das unidades, pode-se confirmar que a presença do cimento nessa região não interferiu na obtenção do resultado.

Não obstante, estudos realizados comprovam que a exposição coronal da obturação do canal radicular, por um tempo relativamente curto, pode ser considerada uma indicação para retratamento endodôntico, mesmo que a técnica adequada seja realizada com os melhores materiais (YÜCEL *et al*., 2006). Por esse motivo, o vedamento final após o tratamento realizado foi feito com material de maior durabilidade, realizado com a combinação de dois materiais (ionômero de vidro e

cotosol) em técnica sanduíche, e a paciente ficou ciente de procurar reabilitação estética das unidades o mais rápido possível.

Outro aspecto que está diretamente ligado ao processo de cura e sucesso do tratamento endodôntico é a presença de lesões periapicais. Não só o acompanhamento dos sinais clínicos do paciente, como também o acompanhamento radiográfico do caso é de fundamental importância para o sucesso do tratamento. Porém, as lesões periapicais devem ser bem avaliadas pois podem ser confundidas com a cicatrização fibrosa, devido ao aspecto semelhante na radiografia, podendo levar a um incorreto tratamento (MACHADO *et al*., 2016). Correlacionando com o caso, devido ao tamanho da lesão, em junção com os sinais clínicos e físicos da paciente, se obteve o diagnóstico de uma lesão periapical ainda ativa, com necessidade de tratamento reparador para a sua regressão.

No caso relatado, o retratamento endodôntico não cirúrgico foi bem sucedido e suficiente para eliminar os processos infecciosos do sistema de canais radiculares, por meio do aumento da eficácia na limpeza e desinfecção do sistema de canais radiculares e criteriosa técnica de obturação com adequado selamento apical.

Os exames clínico e radiográfico revelaram que se obteve êxito na terapia endodôntica realizada, com a sugestiva regressão de lesão periapical (periodontite apical), desaparecimento de sintomatologia dolorosa relatada pela paciente e reestabelecimento estético e funcional das unidades em questão. Reafirmando assim, que o retratamento endodôntico é uma alternativa viável para tratamento de casos de insucesso endodôntico.

5 CONCLUSÕES

O correto diagnóstico, decisão da técnica de reintervenção endodôntica, como o retratamento endodôntico não-cirúrgico, e sua criteriosa execução, foi suficiente para eliminação do agente causador da lesão periapical, e consequentemente sintoma doloroso da paciente. O sucesso do tratamento foi observado por controle radiográfico, em que foi possível observar a sugestiva regressão da lesão periapical e relato da paciente ao sessar os incômodos dolorosos. Portanto, mesmo em casos de persistência e/ou aumento de lesões extensas, o retratamento endodôntico pode ser suficiente para a regressão da mesma, evitando assim submeter o paciente a intervenções mais invasivas.

ABSTRACT

Endodontic retreatment consists of the removal of old obturation material and new cleaning and modeling of the root canal, in order to repair flaws committed in a previous procedure. Patient M.B.O., female, 52 years old, attended the outpatient clinic for endodontic retreatment of units 11 and 12, after endodontic treatment performed for more than two years, without success. During the clinical examination, edema, sensitivity to palpation and percussion, negative sensitivity test and pain were observed. Radiographically apparent periapical lesion. Combining the clinical and radiographic findings, the diagnosis of Acute Apical Periodontitis could be concluded. Based on the information obtained, the defined treatment was the endodontic retreatment of dental units 11 and 12, performed in a single session, with a reciprocating rotary instrument, Eucalyptol as solvent, hypochlorite and EDTA as auxiliary substances and thermoplastic filling. The procedure resulted in, after 10 months of follow-up, success in the therapy performed with an image suggestive of regression of the periapical lesion, as well as disappearance of the painful symptoms reported by the patient. The objective of this work is to verify, through a clinical case, the endodontic retreatment as a viable alternative for cases of failure of previous endodontic therapy, evidenced by regression of periapical lesion.

Keywords: Retreatment; Endodontics; Relapse.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. et al. Análise das propriedades físico-químicas, citotoxicidade e alterações volumétricas de Ah plus, MTA filapex e total fill BC sealer. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 12, n. 11, p. 1058-1065, nov. 2020.

BARBOSA, C. K. R. et al. Alterações Morfológicas na Cavidade Pulpar que influenciam no tratamento Endodôntico. **Revista Odontológica**, 2005.

BERNARDES, R. A. et al. Evaluation of the Maintenance of the Apical Limit during instrumentation with hybrid equipment in Rotary and reciprocating modes. **Journal of Endodontics**, v. 41, n. 5, p. 682-686, 2015.

BONAN, R. F.; BATISTA, A. U. D.; HUSSNE, R. P. Comparação do uso do hipoclorito de sódio e da clorexidina como solução irrigadora no tratamento endodôntico: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 2, p. 237-244, 2011.

BUCHANAN, L. S. The continuous wave of obturation technique: centered condensation of warm guttapercha in 12 seconds. **Dentistry Today**, v. 15, n. 1, p. 60-67, 1996.

CAMPOS, F. L. et al. Causas de insucessos no tratamento endodôntico: análise dos casos de retratamento atendidos no projeto de extensão da faculdade de Odontologia da UFMG. **Adontol**, 2017.

CHANDRA, A. Discuss the factors that affect the outcome of endodontic treatment. **Australian Endodontic Journal**, v. 35, n. 2, p. 98-107, ago. 2009.

DAS, S. *et al*. Comparative evaluation of three different rotary instrumentation systems for removal of gutta-percha from root canal during endodontic retreatment: An in vitro study. **Journal of Conservative Dentistry**, v. 20, n. 1, p. 21-26, 2017.

DUNCAN, H. F.; CHONG, B. S. Removal of root filling materials. **Endodontic Topics**, v. 19, n. 1, p. 33-57, 2008.

ESTRELA, C. et al. Antimicrobial effect of 2% sodium hypochlorite and 2% chlorhexidine tested by different methods. **Brazilian Dental Journal**, v. 14, n. 1, p. 58-62, 2003.

ESTRELA, C. et al. **Endodontic Science**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2009.

MACEDO, I. L. de; NETO, I. M. Retratamento endodôntico: opção terapêutica do insucesso. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 1, p. 100-115, 2018.

MACHADO, M. E. L. et al. Análise de diagnósticos radiográficos periapicais sugestivos de lesões refratárias. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 70, n. 2, p. 141-146, 2016.

MASIERO, A. V.; BARLETTA, F. B. Effectiveness of different techniques for removing gutta-percha during retreatment. **International Endodontic Journal**, v. 38, n. 1, p. 2-7, 2005.

NGUYEN, N. T. Obturation of the root canal system. In: COHEN, S.; BURNS, R. C. (Ed.). **Pathways of the pulp**. 5. ed. St. Louis: CV Mosby, 1991. p. 199-210.

OLIVEIRA, N. G.; CARVALHO, M. V.; TRAVASSOS, R. M. C. Regressão de lesão periapical extensa decorrente de necrose pulpar mediante tratamento endodôntico: relato de caso clínico. **UNINGÁ Review**, v. 34, n. 1, p. 90-98, 2019.

RAZAVIAN, H. et al. Bacterial Penetration After Obturation With four different root canal sealers. **Journal of Endodontics**, v. 32, n. 9, p. 890-893, 2006.

RIOS, A. M. et al. Efficacy of 2 Reciprocating systems compared with a Rotary retreatment system for gutta-percha removal. **Journal of Endodontics**, v. 40, n. 4, p. 543-546, abr. 2014.

SANTOS, S. M. et al. Radiographic quality of root canal fillings performed in a postgraduate program in endodontics. **Brazilian Dental Journal**, v. 21, n. 4, p. 315-321, 2010.

SILVEIRA, A. P. et al. Tratamento endodôntico não cirúrgico em dente com sobreobturação de cone de prata. **ROBRAC**, v. 24, n. 66, p. 120-125, 2015.

SIQUEIRA JR, J. F. et al. Causes and management of post-treatment apical periodontitis. **British Dental Journal**, v. 216, n. 6, p. 305-312, 2014.

SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. Aetiology of root canal treatment failure: why well-treated teeth can fail. **International Endodontic Journal**, v. 34, n. 1, p. 1-10, jan. 2001.

TAVARES, W. L. F. et al. Opção pela técnica híbrida de Tagger para obturação de canais radiculares em clínica de pós-graduação em endodontia. **Revista de Odontologia**, v. 48, n. 1, p. 45-52, mar. 2012.

TORABINEJAD, M. *et al*. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: a systematic review. **Journal of Endodontics**, v. 35, n. 7, p. 930-937, 2009.

WERLANG, A. I. *et al*. Insucesso no tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. **Revista Tecnológica**, v. 27, n. 1, p. 45-60, 2016.

WILCOX, L. R. *et al*. Endodontic retreatment: evaluation of gutta-percha and sealer removal and canal reinstrumentation. **Journal of Endodontics**, v. 13, n. 9, p. 453-457, set. 1987.

YÜCEL, A. C. *et al*. Bacterial penetration after obturation with four different root canal sealers. **Journal of Endodontics**, v. 32, n. 9, p. 890-893, set. 2006.

ZOTI, M.; HARTMANN, M. S. M. Avaliação do tratamento endodôntico e sua relação com o tipo e qualidade da restauração final. **Revista Clínica de Implantodontia e Periodontia**, v. 12, n. 2, p. 45-52, 2016.

ZUOLO, A. S. *et al*. Efficacy of reciprocating and Rotary techniques for removing filling material during root canal retreatment. **International Endodontic Journal**, v. 46, n. 10, p. 947-953, 2013.

ZUOLO, M. *et al*. **Reintervenção em Endodontia**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2012.