FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

Pós-graduação em Odontologia

José Mateus da Silva Alves

REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA EM MOLAR INFERIOR COM PERIODONTITE APICAL EM SESSÃO ÚNICA: um relato de caso

Recife, 2025

José Mateus da Silva Alves

REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA EM MOLAR INFERIOR COM PERIODONTITE APICAL EM SESSÃO ÚNICA: um relato de caso

Monografia apresentado ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientadora: Me. Marina Da Cunha Isaltino

Recife, 2025

FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Portaria MEC 278/2016 - D.O.U. 19/04/2016
Portaria MEC 946/2016 - D.O.U. 19/08/2016

José Mateus da Silva Alves

REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA EM MOLAR INFERIOR COM PERIODONTITE APICAL EM SESSÃO ÚNICA: um relato de caso

Monografia apresentado ao curso de especialização Lato Sensu da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientadora: Me. Marina Da Cunha Isaltino

Aprovada em 20 / 12 / 2026 pela banca constituída dos seguintes professores:20122026

gov.br Documento assinado digitalmente
MARINA DA CUNHA ISALTINO
Data: 15/01/2026 10:07:33-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Me. Marina da Cunha Isaltino

gov.br Documento assinado digitalmente
GLAUCO DOS SANTOS FERREIRA
Data: 19/01/2026 13:55:42-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Dr. Glauco Ferreira dos Santos

gov.br Documento assinado digitalmente
KAMYLLA YOLANDA DE SOUZA E SILVA
Data: 15/01/2026 22:17:28-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Me. Kamylla Yolanda de Souza e Silva

Recife, 20 de dezembro de 2025

RESUMO

O retratamento endodôntico não cirúrgico constitui a abordagem de primeira escolha em casos de insucesso no tratamento endodôntico, visando a remoção do material obturador, nova instrumentação, desinfecção efetiva e selamento tridimensional do sistema. O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso clínico de reintervenção endodôntica em sessão única no dente 36, apresentando periodontite apical assintomática e subvedamento dos canais. Após avaliação clínica e radiográfica, complementada por tomografia computadorizada de feixe cônico, foi estabelecido o diagnóstico e o planejamento da reintervenção. A desobturação mecânica e ultrassônica, seguida de preparo químico-mecânico com limas rotatórias de NiTi da Mklife e protocolo de ativação ultrassônica do hipoclorito de sódio, possibilitou adequada limpeza e modelagem do SCR. A obturação foi realizada com cones de guta-percha e cimento resinoso Sealer Plus, seguida de selamento coronário provisório com ionômero de vidro restaurador. O retratamento em sessão única mostrou-se eficaz e seguro neste caso, reforçando a viabilidade dessa abordagem quando há adequado controle da infecção e condições clínicas favoráveis. O caso evidencia a importância do diagnóstico preciso, do uso de tecnologias auxiliares e de protocolos de desinfecção otimizados para o sucesso da terapia endodôntica.

Palavras-chave: Endodontia; Retratamento Endodôntico; Periodontite Apical.

ABSTRACT

The persistence of microorganisms in the root canal system (RCS) remains the main cause of endodontic failure, especially in previously treated teeth associated with apical periodontitis. Non-surgical endodontic retreatment is the first-choice approach in these cases, aiming at the removal of the obturation material, new instrumentation, effective disinfection, and three-dimensional sealing of the system. This paper describes a clinical case of single-session endodontic retreatment in tooth 36, presenting asymptomatic apical periodontitis and canal subsealing. After clinical and radiographic evaluation, complemented by cone-beam computed tomography, the diagnosis and retreatment plan were established. Mechanical and ultrasonic obturation removal, followed by chemomechanical preparation with NiTi rotary instruments and an ultrasonic activation protocol of the irrigating solutions, allowed for adequate cleaning and shaping of the RCS. Obturation was performed using ISO cones and Sealer Plus epoxy cement, followed by temporary coronal sealing with glass ionomer. Retreatment in a single session proved effective and safe in this case, reinforcing the viability of this approach when there is adequate infection control and favorable clinical conditions. This case highlights the importance of accurate diagnosis, the use of auxiliary technologies, and optimized disinfection protocols for the success of endodontic therapy.

Keywords: Endodontics; Endodontic Retreatment; Apical Periodontitis.

SUMÁRIO

1.Introdução.....6

2. Relato de caso.....8

3. Discussão.....13

4. Conclusão.....15

5. Referências.....16

6. Anexos.....19

.....22

1.INTRODUÇÃO

Microrganismos presentes no sistema de canais radiculares (SCR) têm se mostrado como a principal causa de insucesso da terapia endodôntica, tanto devido a seus produtos metabólicos como pelo efeito do biofilme que pode colonizar os canais acessórios, istmos, deltas apicais e túbulos dentinários, dificultando sua eliminação pela instrumentação, uso de substâncias irrigadoras e de medicação intracanal (LACERDA et al., 2016).

Por conta do alto grau de complexidade do sistema de canais radiculares, não é incomum o profissional se deparar com eventos de insucesso endodôntico, onde a situação revela características clínicas e radiográficas como presença de sintomas e/ou áreas radiolucidas periapicais (SIQUEIRA Jr. et al., 2012).

Em caso de falhas na terapia endodôntica, o retratamento endodôntico é a conduta de primeira escolha, tendo como objetivo a remoção do material obturador e a instrumentação completa do sistema de canais radiculares, possibilitando nova desinfecção e selamento adequado (GAMBARINI et al., 2017). Essa abordagem visa eliminar microrganismos remanescentes e corrigir possíveis deficiências do tratamento inicial, como falhas de obturação, canais não tratados, perfurações ou degraus.

O sucesso do retratamento depende de fatores como o domínio técnico do profissional, o uso de substâncias irrigadoras eficazes, medicação intracanal adequada e técnicas de remoção segura do material obturador. O uso de microscópios operatórios, instrumentos rotatórios de NiTi, sistemas ultrassônicos e materiais biocerâmicos tem aumentado as taxas de sucesso e previsibilidade clínica (ROCHA et al., 2020).

Nas últimas décadas, a endodontia tem se beneficiado de terapias complementares de ativação das soluções irrigadoras, que potencializam a remoção de detritos e biofilmes em áreas de difícil acesso. Dentre essas técnicas, destacam-se a irrigação ultrassônica passiva (PUI), a agitação sônica, os sistemas de laser e os dispositivos automatizados de ativação. A irrigação ultrassônica passiva, em especial, é considerada o padrão ouro para a desinfecção do sistema de canais radiculares, pois promove microcavitação e fluxo acústico capazes de aumentar significativamente

a penetração das soluções irrigadoras e a remoção de smear layer (VAN DER SLUIS et al., 2007; AHN et al., 2020). Essa estratégia complementa o preparo químico-mecânico convencional e contribui diretamente para a redução da carga microbiana, favorecendo a cicatrização periapical e o sucesso do retratamento endodôntico.

Com os avanços tecnológicos disponíveis atualmente, como a instrumentação mecanizada de níquel-titânio, a irrigação ultrassônica ativada e o uso de materiais biocerâmicos de alta qualidade, torna-se viável a realização de retratamentos endodônticos em sessão única, inclusive em casos de periodontite apical assintomática. Estudos demonstram que, quando há adequado controle da infecção e completa desinfecção do sistema de canais, o tratamento em sessão única apresenta resultados clínicos e radiográficos semelhantes — ou até superiores — aos tratamentos realizados em múltiplas sessões (SANTOS et al., 2018; ALGHAMDI et al., 2021).

Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar um retratamento endodôntico de um elemento 36.

2. RELATO DE CASO

Paciente L.S.M, 32 anos, sexo masculino, encaminhado à clínica de especialização em endodontia para retratamento endodôntico do dente 36. O paciente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com os procedimentos propostos e ciente dos riscos do tratamento. Também foi esclarecido que, após a conclusão do caso, seria necessário o selamento coronário adequado bem como o acompanhamento do tratamento realizado para avaliação da cura. Durante a anamnese, dados referentes à história médica do paciente não influenciariam no decorrer do tratamento. Ainda durante a anamnese, sobre a história do elemento dentário em questão, o paciente relatou ter realizado o tratamento endodôntico há 10 anos e necessita de retratamento devido a posterior reabilitação protética.

Ao exame clínico intra-bucal, verificou-se que o resultado dos testes, no elemento 36, de percussão vertical e palpação foram positivos, sem dor persistente aguda. Para complementar o exame intra-bucal, foi realizada a sondagem periodontal (Sonda Milimetrada FAVA, São Paulo, SP) e foi obtido resultado compatível com a normalidade.

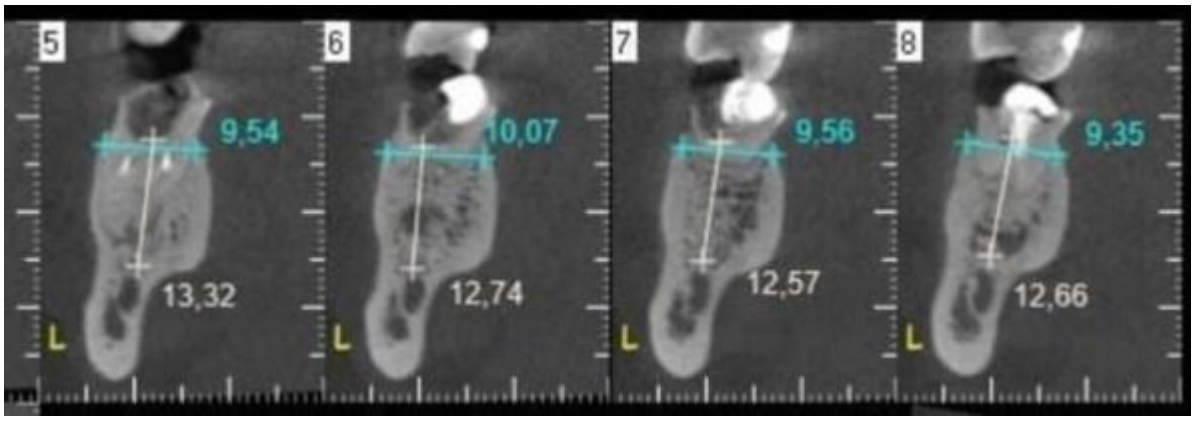
Após avaliação radiográfica (Figura 1), foi possível detectar lesão periapical na raiz mesial, como também subobturação dos canais. Houve a necessidade de solicitação de tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) para obter o conhecimento mais adequado da anatomia interna e melhor planejamento do caso. As imagens tomográficas foram obtidas nos planos sagital e coronal (Figuras 2, 3 e 4) avaliadas minunciosamente, constatando lesão periapical aderida também na raiz distal, como também material obturador aquém do comprimento de trabalhos dos três condutos.

Figura 1: Radiografia periapical inicial.



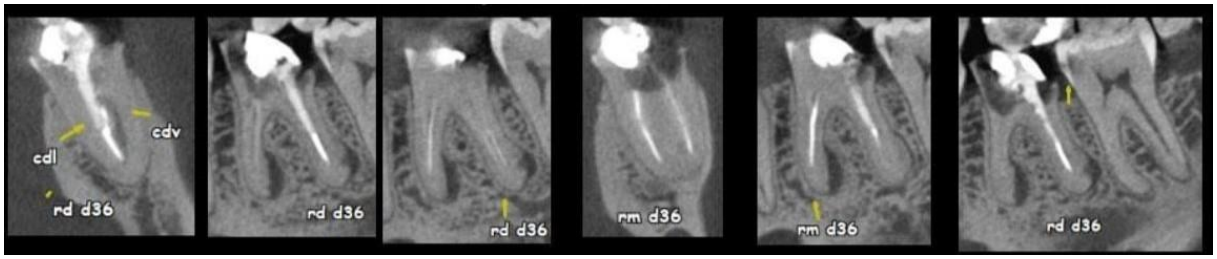
Fonte: Próprio autor

Figura 2: Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico



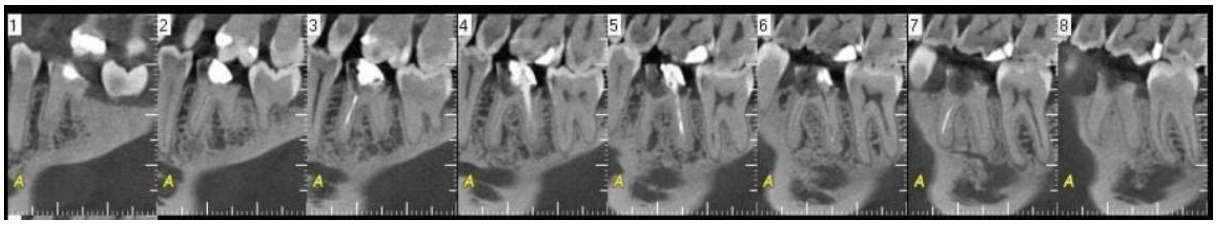
Fonte: Radioface

Figura 3: Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico.



Fonte: Radioface

Figura 4: Tomografia Computadorizada de Feixe Cônico.



Fonte: Radioface

Após o procedimento de antissepsia com bochechos de digluconato de clorexidina a 0,12% por um minuto, foi iniciado o procedimento anestésico com aplicação de anestésico tópico em gel benzotop (Nova DFL, Rio de Janeiro, RJ) e anestesia terminal do nervo alveolar inferior com complementação pôr infiltrativa com mepivacaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, RJ). Após a anestesia e isolamento absoluto, o preparo da cavidade de acesso foi realizado usando uma broca esférica 1014 (Microdont, São Paulo, SP) de alta rotação através da restauração existente e após a localização dos canais mesio-vestibular, mesio-ligual e distal, iniciou-se a desobturação com o uso do inserto ultrassonico R1 Clearsonic Black (Helse, São Paulo, SP) nos terços cervicais dos canais.

O hipoclorito de sódio a 2,5% (Rioquimica, São Paulo, SP) foi a solução química de escolha, levado ao canal com uma seringa rosqueável (Ultradent, Joinville, SC) de 5 ml e ponta de agulha navtip, para auxiliar na remoção do material obturador e em todas as etapas. O sistema de escolha para o retratamento, foram as limas Pro Design R (Easy Equipamentos, Belo Horizonte, Minas Gerais) #30/.10, #25/.08 e #20/.06. Após remoção completa do material obturador, foi realizada uma radiografia para confirmação (Figura 5), como também a odontometria (E-PEX PRO Mk Life) (Tabela 1) para confirmação do comprimento real do dente (CRD) e seguir com o preparo químico-mecânico. Os tipos de lima, o torque, e a velocidade utilizada estão descritos na tabela 2. A cada troca de instrumento, irrigação constante, mensurando pela ponta da agulha, 3 mm aquém do comprimento do CRD e patência com a lima tipo K #10. A modelagem dos condutos se deu com a utilização das limas SPIN (Mk life) #35/.04, #40/.04 e finalizada com a #50/.02.

Tabela 1 **–** Medidas utilizadas durante o tratamento

CANAL	CAD	CPT	ODONTOMETRIA (CRD E CRT)	INSTUMENTO MEMÓRIA
Distal	21mm	19mm	20mm	#50.02
Mésio Vestibular	20mm	18mm	18mm	#40.04
Mésio Lingual	20mm	18mm	19mm	#40.04

Tabela 2- Limas, velocidade e torque

LIMA	VELOCIDADE	TORQUE
#20.06 ProDesign Logic Rt– Easy	500 rpm	2.0 N
#25.08 ProDesign Logic Rt– Easy	600 rpm	3.0 N
#30.10 ProDesign Logic Rt– Easy	600 rpm	3.0 N
LIMA	**VELOCIDADE**	**TORQUE**
#35.04 Spin – MkLife	500 rpm	2.0 N
#40.04 Spin – MkLife	500 rpm	2.0 N
#50.02 Spin – MkLife	500 rpm	2.0 N

Figura 5 – Verificação de remoção total do material obturador.



Fonte: Próprio autor

Após finalização do preparo apical, o protocolo de ativação da solução irrigadora foi utilizado com o inserto ultrassônico (E1) Irrisonic (Helse, São Paulo, SP), potência de 20%, com 3 ciclos de 20 segundos, intercalando com o agitador mecânico da Easy Clean (Easy, Equipamentos Odontológicos, Belo Horizonte, MG), 3 ciclos de

20 segundos para promover uma maior desinfecção dos canais radiculares. Posteriormente os canais foram irrigados com 5ml de soro fisiológico 0,9% para dar sequência a remoção da smear layer, inserido 5ml de ácido etilenodiamino tetra-acético EDTA a 17% (Maquira, Maringa, PR), seguindo o mesmo processo de ativação do material. Para a lavagem final, foi utilizado 5 ml de soro fisiológico 0,9% e pontas de papel absorvente estéril cell pack (Tanari, Manaus,AM) para auxiliarem na secagem final e seguir com a prova do cone.

Por fim, a técnica de obturação adotada foi a de cone único, utilizando cones calibrados #40.04 nos condutos mesias e cones #50.02 no conduto distal (MK Life, Porto Alegre, RS) associados ao cimento obturador Sealer Plus (MK Life, Porto Alegre, RS). O cone principal foi ajustado ao comprimento de trabalho, sendo realizada condensação vertical leve para promover o travamento e no CRD, garantindo adequada adaptação e selamento tridimensional do sistema de canais radiculares. O selamento final foi realizado uma blindagem coronária com ionômero de vidro restaurador (FGM, Goiânia, GO) (Figura 6). O caso foi então encaminhado à clínica de prótese para prosseguimento da reabilitação.

Figura 6 – Radiografia periapical final



Fonte: Próprio Autor

3. DISCUSSÃO

A reintervenção endodôntica em dentes posteriores representa um desafio clínico significativo, especialmente em casos de periodontite apical persistente, em que há necessidade de completa desinfecção do sistema de canais radiculares e selamento tridimensional adequado. No presente caso, a escolha pelo retratamento em sessão única baseou-se na ausência de sintomatologia aguda, no adequado controle da infecção e na viabilidade de realizar todos os protocolos clínicos dentro de um mesmo atendimento. (Ng et al., 2011; Siqueira & Rôças, 2014)

A análise tomográfica realizada neste caso evidenciou material obturador aquém do comprimento de trabalho em todos os canais, além de lesão periapical associada — achados que justificam a necessidade de retratamento para restabelecimento das condições biológicas e anatômicas adequadas. (Ng et al., 2011; Siqueira & Rôças, 2014; Patel et al., 2019)

A opção pela sessão única é um tema amplamente discutido na literatura. Estudos como o de Figini et al. (2008) e Wong et al. (2014) demonstram que não há diferença significativa na taxa de sucesso entre tratamentos realizados em uma ou múltiplas sessões, desde que se obtenha desinfecção eficaz e selamento imediato. Neste caso, o protocolo de irrigação e ativação ultrassônica com hipoclorito de sódio a 2,5% e EDTA a 17% seguiu as recomendações atuais para maximizar a limpeza do sistema de canais, reduzindo o risco de contaminação residual e otimizando o tempo clínico.

O uso combinado de instrumentação rotatória (Pro Design R e SPIN) e ativação ultrassônica da solução irrigadora está em consonância com as evidências de Plotino et al. (2016) e Castro et al. (2017), que apontam que a agitação mecânica e ultrassônica potencializa a penetração das soluções irrigantes em áreas inacessíveis, favorecendo a remoção de debris e smear layer. Além disso, o uso da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) foi fundamental para o diagnóstico preciso e planejamento tridimensional, permitindo identificar variações anatômicas e avaliar a extensão real da lesão periapical, conforme preconizado por Patel et al. (2019). (Plotino et al., 2016; Castro et al., 2017; Patel et al., 2019)

A técnica de obturação empregada — técnica de cone único associada ao cimento Sealer Plus (resina epóxica) — visa garantir um selamento tridimensional eficiente, prevenindo infiltrações e recidivas infecciosas. De acordo com Zhang et al. (2015), os cimentos à base de resina epóxica apresentam baixa solubilidade e excelente adaptação às paredes do canal, características desejáveis em casos de retratamento. O selamento coronário provisório com ionômero de vidro restaurador também é compatível com as recomendações de Tavares et al. (2020), por proporcionar adequada vedação até a reabilitação definitiva. (Zhang et al., 2015; Tavares et al., 2020)

Clinicamente, o sucesso do retratamento endodôntico em sessão única tem sido considerado comparável ao retratamento em múltiplas sessões em termos de índices de dor pós-operatória e cicatrização periapical, com evidências atuais apontando resultados semelhantes entre as duas abordagens (Choudhari et al., 2024).

Por fim, ressalta-se a importância da integração interdisciplinar entre endodontia e prótese, uma vez que o prognóstico a longo prazo depende também da qualidade do selamento coronário e da restauração definitiva. O acompanhamento clínico e radiográfico periódico é indispensável para avaliar a regressão da lesão periapical e confirmar a completa reparação óssea. (Ng et al., 2011; Patel et al., 2019)

4. CONCLUSÃO

O retratamento endodôntico em dentes portadores de periodontite apical constitui um desafio que exige diagnóstico preciso, planejamento adequado e execução rigorosa das etapas clínicas.

Portanto, este relato reforça que o retratamento endodôntico em sessão única pode alcançar excelentes resultados quando realizado dentro de protocolos atualizados, com apoio de recursos tecnológicos e criterioso controle da infecção, evidenciando sua aplicabilidade na prática clínica contemporânea.

REFERÊNCIAS

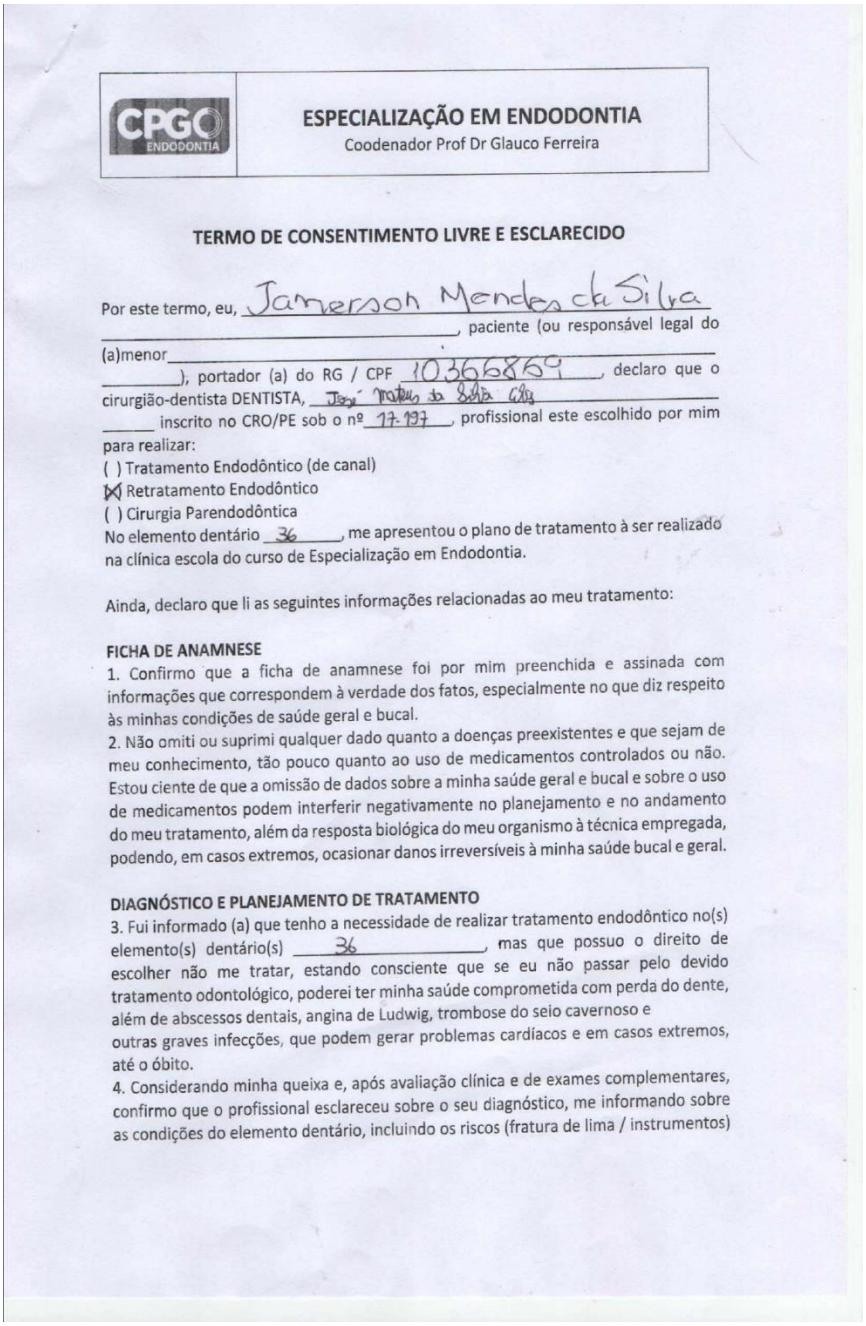
1. AHN, S. Y.; KIM, H. C.; KIM, E. Effectiveness of additional ultrasonic irrigation on the removal of artificially placed dentin debris in simulated complex root canal system. Journal of Endodontics, v. 46, n. 9, p. 1243–1248, 2020.
2. ALGHAMDI, F.; ALQURAISHY, N.; ALNAZAR, R. et al. Single- versus multiple-visit endodontic retreatment: A systematic review and meta-analysis. Journal of Endodontics, v. 47, n. 6, p. 869–878, 2021.
3. BRITO, R. C. M.; BRITO-JÚNIOR, M.; CAMILO, C. C. et al. Retratamento endodôntico: alternativas terapêuticas para o insucesso. Revista Odontológica de Araçatuba, v. 30, n. 2, p. 23–28, 2009.
4. Baruwa A. O., Martins J. N. R., Meirinhos J., Gouveia P. B. J., Quaresma S. A., Monroe A., Ginjeira A. (2020). The Influence of Missed Canals on the Prevalence of Periapical Lesions in Endodontically Treated Teeth: A Cross-sectional Study. Journal of Endodontics. 46 (1):34-39.
5. CASTRO, A. J.; SILVA, E. J. N. L.; SILVA, L. A. B. et al. Effectiveness of different final irrigation protocols on debris and smear layer removal in curved root canals. International Endodontic Journal, v. 50, n. 5, p. 508–514, 2017.
6. FIGINI, L.; LOTTI, F.; GORNI, F. G.; GAGLIANI, M. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth: a Cochrane systematic review. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 4, CD005296, 2008.
7. GAMBARINI, G.; TESTARELLI, L.; DE LUCA, M. et al. The influence of three different instrumentation techniques on the incidence of postoperative pain after endodontic treatment. Annali di Stomatologia, v. 8, n. 1, p. 15–20, 2017.
8. HORI, C. M. M.; MARQUES, A. A. A.; LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. Retratamento endodôntico: desafios e avanços clínicos. Brazilian Oral Research, v. 35, suppl. 1, p. e107, 2021.
9. Jakovljevic I., Nikolic N., Jacimovic, Pavlovic J.O., Milicic B., Beljic-Ivanovic K., Miletic M., Andric M., Milasin J. (2020). Prevalence of Apical Periodontitis and Conventional Nonsurgical Root Canal Treatment in General Adult Population: An Updated Systematic Review and Meta-analysis of Cross sectional Studies Published between 2012 and 2020. Journal of Endodontics. 46 (10):1371-1386.

10. LACERDA, M. F. L.; RÔÇAS, I. N.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. Microbial composition of endodontic infections associated with different clinical conditions. Oral Microbiology and Immunology, v. 31, n. 4, p. 331–336, 2016.
11. LINS, C.; ALVES, F. R. F.; SOUSA-NETO, M. D. Incompatibilidade geométrica entre instrumentos endodônticos e o sistema de canais radiculares: desafios anatômicos e clínicos. Revista Brasileira de Odontologia, v. 76, n. 2, p. 1–8, 2019.
12. LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. Endodontia: biologia e técnica. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
13. Loureiro, C., Seron, M. A., Braga, G. P. de A., Silva, C. C. da, Jacinto, R. C., Sivieri-Araujo, G., Duque, C., Cintra, L. T. A., & Gomes-Filho, J. E. (2021). Influence of viral infection in the healing process of periapical lesions: a narrative review. Research, Society and Development, 10(3), e14210313134. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13134
14. LUCKMANN, C. A.; PEREIRA, A. J.; SOUZA, E. M. Proservação do tratamento endodôntico: fatores associados ao sucesso e insucesso. Revista de Odontologia da UNESP, v. 42, n. 6, p. 405–410, 2013.
15. NG, Y.-L.; MANN, V.; RAHBARAN, S.; LEUNG, S. F.; GULABIVALA, K. Outcome of primary root canal treatment: systematic review of the literature – Part 2. International Endodontic Journal, v. 44, n. 3, p. 207–231, 2011.
16. Olcay K., Ataoglu H., Belli S. (2018). Evaluation of Related Factors in the Failure of Endodontically Treated Teeth: A Cross-sectional Study. Journal of Endodontics. 44 (1):38-45.
17. PATEL, S.; DURACK, C.; ABEL, S.; DAWOOD, A.; FORD, T. R. P. The role of cone beam computed tomography in the management of endodontic problems. International Endodontic Journal, v. 52, n. 12, p. 1731–1748, 2019.
18. PETERS, O. A. Current challenges and concepts in the preparation of root canal systems: a review. Journal of Endodontics, v. 30, n. 8, p. 559–567, 2004.
19. PLOTINO, G.; CORDARO, M.; VITALE, G. et al. Ultrasonically activated irrigation in endodontics: a review of the literature. Journal of Endodontics, v. 42, n. 6, p. 891–899, 2016.
20. ROCHA, C. T.; BRITO-JÚNIOR, M.; MOURA, C. C. et al. Retratamento endodôntico: desafios clínicos e avanços tecnológicos. Revista Brasileira de Odontologia, v. 77, n. 1, p. 1–10, 2020.

21. SANTOS, A. D. R.; SILVA, L. A. B.; LIMA, R. A. et al. Single-visit endodontic treatment: systematic review of randomized clinical trials. Brazilian Dental Journal, v. 29, n. 5, p. 403–411, 2018.
22. SIQUEIRA JÚNIOR, J. F.; RÔÇAS, I. N. Clinical implications and microbiology of bacterial persistence after treatment procedures. Journal of Endodontics, v. 40, n. 9, p. 1247–1251, 2014.
23. SIQUEIRA JÚNIOR, J. F.; RÔÇAS, I. N.; LOPES, H. P. Patterns of microbial colonization in endodontic infections. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology, v. 113, n. 2, p. 276–282, 2012.
24. SOUSA, M. D.; VIEIRA, G. C.; LOPES, H. P. Fatores associados ao insucesso do tratamento endodôntico. Revista Brasileira de Odontologia Clínica Integrada, v. 22, p. 1–8, 2018.
25. TAVARES, A. S.; SILVA, D. G.; MENEZES, J. M. Selamento coronário e sucesso endodôntico: revisão integrativa. Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo, v. 32, n. 2, p. 87–94, 2020.
26. VAN DER SLUIS, L. W. M.; VERSLUIS, M.; WU, M. K.; WESSELINK, P. R. Passive ultrasonic irrigation of the root canal: a review of the literature. International Endodontic Journal, v. 40, n. 6, p. 415–426, 2007.
27. Villa-Machado P. A., Restrepo-Patiño D. M., Calvo-Trejos J. P., Restrepo-Restrepo F. A., Tobón-Arroyave S. I., Provenzano J. C., Siqueira J. F., Alves F. R. F. (2020). Cone-beam Computed Tomographic and Micro–computed Tomographic Evaluations of the Root Apexes of Teeth with Posttreatment Apical Periodontitis. Journal of Endodontics. 46 (11):1695-1701.
28. VIEYRA, J.P.; ENRÍQUEZ, F.J.J.; RODRÍGUEZ, E.L. Tratamiento endodôntico en una sesión. Rev Nac de Odonto, v.3, n. 8, p. 1-5, 2011.
29. WATANABE, V.M. Índices de sucesso do retratamento endodôntico: uma revisão de literatura. Monografia de Pós-graduação - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, 2012, 29p.
30. ZHANG, W.; LI, Z.; PENG, B. Assessment of a new root canal sealer's apical sealing ability. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology, v. 120, n. 3, p. e112–e116, 2015.

6. ANEXOS

Figura 5: Termo de Consentimento



CPGO ENDODONTIA

ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA
Coodenador Prof Dr Glauco Ferreira

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Por este termo, eu, Jamerson Mendes da Silva _____, paciente (ou responsável legal do (a)menor_____), portador (a) do RG / CPF 10366859 _____, declaro que o cirurgião-dentista DENTISTA, José Mateus de Sales Gils _____ inscrito no CRO/PE sob o nº 17.197 _____, profissional este escolhido por mim para realizar:

( ) Tratamento Endodôntico (de canal)
(X) Retratamento Endodôntico
( ) Cirurgia Parendodôntica

No elemento dentário 36, me apresentou o plano de tratamento à ser realizado na clínica escola do curso de Especialização em Endodontia.

Ainda, declaro que li as seguintes informações relacionadas ao meu tratamento:

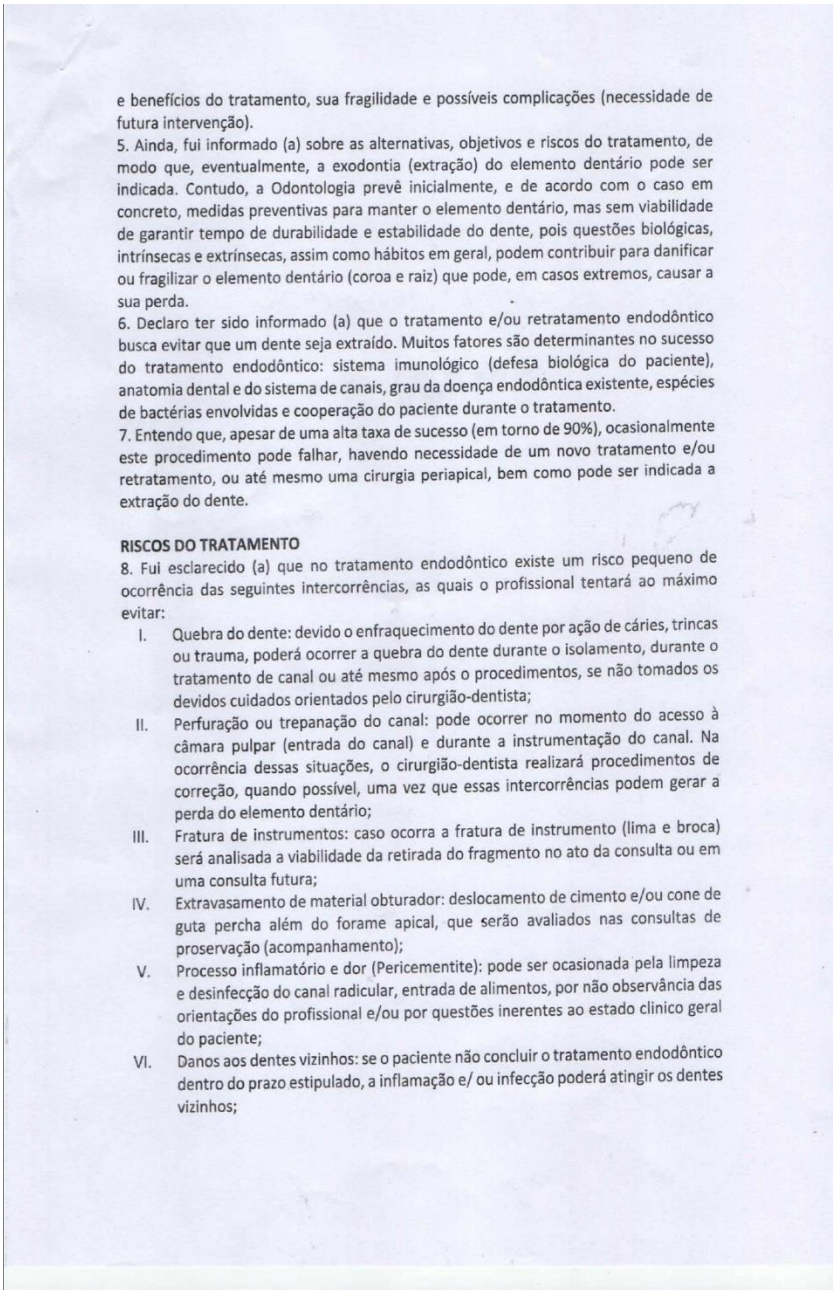
FICHA DE ANAMNESE

1. Confirmo que a ficha de anamnese foi por mim preenchida e assinada com informações que correspondem à verdade dos fatos, especialmente no que diz respeito às minhas condições de saúde geral e bucal.
2. Não omiti ou suprimi qualquer dado quanto a doenças preexistentes e que sejam de meu conhecimento, tão pouco quanto ao uso de medicamentos controlados ou não. Estou ciente de que a omissão de dados sobre a minha saúde geral e bucal e sobre o uso de medicamentos podem interferir negativamente no planejamento e no andamento do meu tratamento, além da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, podendo, em casos extremos, ocasionar danos irreversíveis à minha saúde bucal e geral.

DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DE TRATAMENTO

3. Fui informado (a) que tenho a necessidade de realizar tratamento endodôntico no(s) elemento(s) dentário(s) 36, mas que possuo o direito de escolher não me tratar, estando consciente que se eu não passar pelo devido tratamento odontológico, poderei ter minha saúde comprometida com perda do dente, além de abscessos dentais, angina de Ludwig, trombose do seio cavernoso e outras graves infecções, que podem gerar problemas cardíacos e em casos extremos, até o óbito.
4. Considerando minha queixa e, após avaliação clínica e de exames complementares, confirmo que o profissional esclareceu sobre o seu diagnóstico, me informando sobre as condições do elemento dentário, incluindo os riscos (fratura de lima / instrumentos)

Figura 6: Termo de consentimento



e benefícios do tratamento, sua fragilidade e possíveis complicações (necessidade de futura intervenção).

5. Ainda, fui informado (a) sobre as alternativas, objetivos e riscos do tratamento, de modo que, eventualmente, a exodontia (extração) do elemento dentário pode ser indicada. Contudo, a Odontologia prevê inicialmente, e de acordo com o caso em concreto, medidas preventivas para manter o elemento dentário, mas sem viabilidade de garantir tempo de durabilidade e estabilidade do dente, pois questões biológicas, intrínsecas e extrínsecas, assim como hábitos em geral, podem contribuir para danificar ou fragilizar o elemento dentário (coroa e raiz) que pode, em casos extremos, causar a sua perda.

6. Declaro ter sido informado (a) que o tratamento e/ou retratamento endodôntico busca evitar que um dente seja extraído. Muitos fatores são determinantes no sucesso do tratamento endodôntico: sistema imunológico (defesa biológica do paciente), anatomia dental e do sistema de canais, grau da doença endodôntica existente, espécies de bactérias envolvidas e cooperação do paciente durante o tratamento.

7. Entendo que, apesar de uma alta taxa de sucesso (em torno de 90%), ocasionalmente este procedimento pode falhar, havendo necessidade de um novo tratamento e/ou retratamento, ou até mesmo uma cirurgia periapical, bem como pode ser indicada a extração do dente.

RISCOS DO TRATAMENTO

8. Fui esclarecido (a) que no tratamento endodôntico existe um risco pequeno de ocorrência das seguintes intercorrências, as quais o profissional tentará ao máximo evitar:

I. Quebra do dente: devido o enfraquecimento do dente por ação de cáries, trincas ou trauma, poderá ocorrer a quebra do dente durante o isolamento, durante o tratamento de canal ou até mesmo após o procedimentos, se não tomados os devidos cuidados orientados pelo cirurgião-dentista;

II. Perfuração ou trepanação do canal: pode ocorrer no momento do acesso à câmara pulpar (entrada do canal) e durante a instrumentação do canal. Na ocorrência dessas situações, o cirurgião-dentista realizará procedimentos de correção, quando possível, uma vez que essas intercorrências podem gerar a perda do elemento dentário;

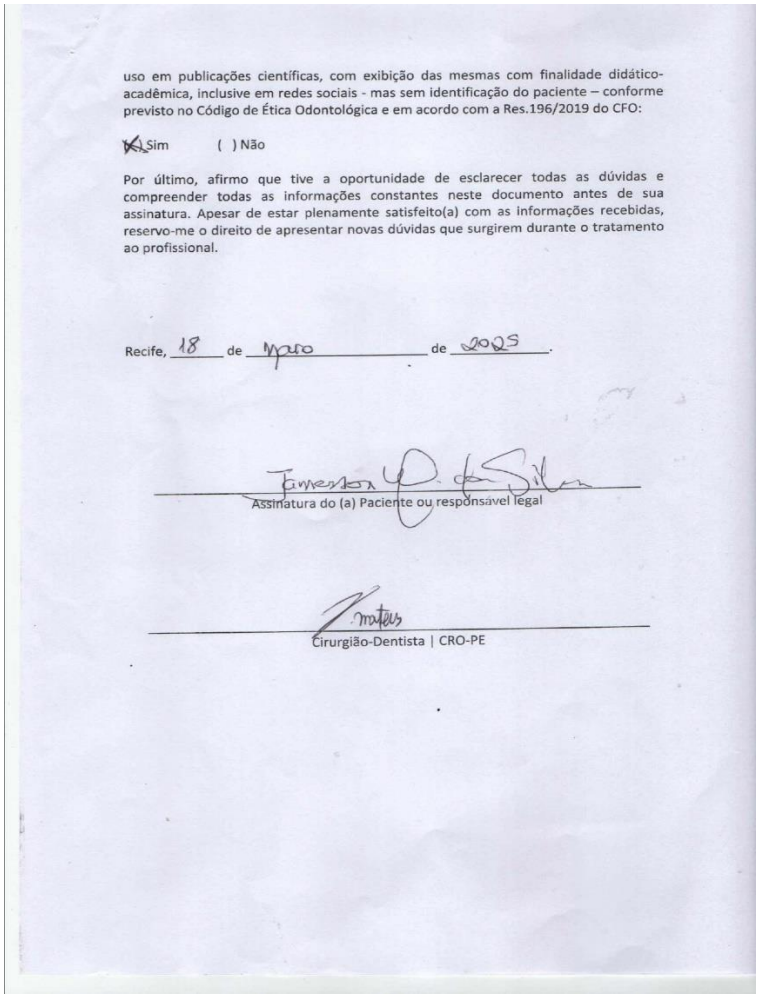
III. Fratura de instrumentos: caso ocorra a fratura de instrumento (lima e broca) será analisada a viabilidade da retirada do fragmento no ato da consulta ou em uma consulta futura;

IV. Extravasamento de material obturador: deslocamento de cimento e/ou cone de guta percha além do forame apical, que serão avaliados nas consultas de proservação (acompanhamento);

V. Processo inflamatório e dor (Pericementite): pode ser ocasionada pela limpeza e desinfecção do canal radicular, entrada de alimentos, por não observância das orientações do profissional e/ou por questões inerentes ao estado clinico geral do paciente;

VI. Danos aos dentes vizinhos: se o paciente não concluir o tratamento endodôntico dentro do prazo estipulado, a inflamação e/ ou infecção poderá atingir os dentes vizinhos;

Figura 7: Termo de consentimento



uso em publicações científicas, com exibição das mesmas com finalidade didático-acadêmica, inclusive em redes sociais - mas sem identificação do paciente – conforme previsto no Código de Ética Odontológica e em acordo com a Res.196/2019 do CFO:

(X) Sim ( ) Não

Por último, afirmo que tive a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas e compreender todas as informações constantes neste documento antes de sua assinatura. Apesar de estar plenamente satisfeito(a) com as informações recebidas, reservo-me o direito de apresentar novas dúvidas que surgirem durante o tratamento ao profissional.

Recife, 18 de Março de 2025.

Assinatura do (a) Paciente ou responsável legal

Cirurgião-Dentista | CRO-PE

Figura 8: Termo de consentimento

VII. Escurecimento do dente: pode ocorrer após o tratamento endodôntico e por decorrência da perda de vitalidade, bem como da ação de medicamentos no interior do canal radicular;

VIII. Calcificação do canal: podem existir um ou mais canais radiculares calcificados; isto significa que a luz do canal está obliterada, podendo impedir ou até inviabilizar um tratamento adequado.

9. Estou ciente de minha responsabilidade em colaborar e contribuir para o tratamento que será executado, seguindo as orientações do profissional, respeitando o prazo de retorno às consultas, de modo que ausências também são fatores que prejudicam o tratamento, causando danos muitas vezes irreversíveis pela falta de acompanhamento profissional.

TEMPO DE TRATAMENTO

10. O tempo de finalização do tratamento dependerá da complexidade do caso durante os procedimentos e da resposta biológica do meu organismo à técnica empregada, frequência às consultas e seguimento das orientações fornecidas pelo profissional, não sendo garantido que todo e qualquer tratamento de canal poderá, efetivamente, ser finalizado em uma única sessão.

11. Tenho conhecimento de que ao término do tratamento deverei retornar para consultas de proservação (acompanhamento) de acordo com os critérios estabelecidos pelo profissional, visando resguardar e manter o tratamento realizado, sendo certo que não é possível garantir o tempo de durabilidade dos procedimentos odontológicos, pois referida avaliação deverá observar as condições de minha saúde e eventuais alterações bucais.

INFORMAÇÕES GERAIS

12. É de meu conhecimento de que devo informar ao profissional qualquer alteração em decorrência do tratamento realizado, insatisfações ou dúvidas sobre o tratamento em execução; mantendo meus dados cadastrais sempre atualizados e informando eventuais mudanças de endereço, telefone, etc.;

13. Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata e que os resultados esperados a partir do diagnóstico poderão não se concretizar em face da resposta biológica do meu organismo e de minha colaboração, assim como da própria limitação da Ciência, sendo certo que o profissional se compromete a utilizar as técnicas e os materiais adequados à execução do plano de tratamento proposto e aprovado, assumindo responsabilidade pelos serviços prestados, resguardando a minha privacidade e o necessário sigilo profissional, além de zelar por minha saúde e dignidade;

14. Declaro que estou ciente de que o tratamento endodôntico envolve somente o tratamento do sistema de canais do elemento dentário, de modo que a restauração ou instalação de prótese trata-se de procedimento complementar indispensável para viabilizar o total vedamento do dente, minimizando riscos de microinfiltrações e perda do tratamento realizado.

15. O profissional não se eximirá de avaliar eventual dano ou prejuízo sofrido e alegado, reparando-o, quando o caso, dentro do limite de sua responsabilidade;

16. Abaixo manifesto se autorizo a utilização da minha documentação e caso clínico (incluindo relato de caso, fotos pré e pós-procedimento, e exames radiográficos) para