

Faculdade Sete Lagos FACSETE

YOLANDA MARIA DE ARAUJO GOUVEA

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO – RELATO DE CASO CLÍNICO

Guarulhos

2023

Yolanda Maria de Araujo Gouvea

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO - RELATO DE CASO CLÍNICO

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagos - FACSETE, como requisito parcial a obtenção do título de especialista em Endodontia.

Orientador: Prof^o: Esp^o: Daniel Yukimassa Sato

Guarulhos

2023

Dedico este trabalho aos meus pais, Norival e Cleusa, por todo o amor, carinho, exemplo de fé e sabedoria para minha vida. Pelo apoio incondicional e por não medirem esforços na busca pela minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me encher sempre de esperança e permitir a realização dos meus sonhos.

A minha família pela ajuda, estímulo e dedicação para que eu alcançasse essa conquista.

Ao professor e orientador Daniel Sato, pela sua dedicação e paciência para alcançar esse objetivo.

Aos meus professores Camila Bozolan, Diego Vilela, Fabiano Lee, Larissa Rebelato, pelo conhecimento transmitido.

RESUMO

A endodontia é uma especialidade odontológica e tem como função reparar e tratar as lesões e doenças que afetam a polpa e o periápice. A falha do tratamento endodôntico é causada por técnicas mal executada pelo Cirurgião Dentista. Tais falhas resulta de fatores microbianos, indicando uma infecção extrarradicular ou intrarradicular que não foi eliminada durante o processo de tratamento. Tratamentos realizados com uma restauração mal ajustada ou exposta por muito tempo sem uma restauração adequada, devem ser realizados o retratamento endodôntico pelo fato de ter sido exposto por muito tempo ocasionando a contaminação. A finalidade desse trabalho foi relatar um caso clínico de retratamento endodôntico para fins protéticos no elemento 25. Para a realização de tal, utilizaram-se os protocolos de desobturação com o uso de limas manuais e inserto ultrassônico. No total, foram necessárias duas sessões de tratamento, uma vez que através de exames radiográficos, constatou-se que o dente tinha presença de pino de fibra de vidro e coroa. Ao final do procedimento, com a aplicação de técnicas, materiais e instrumentais adequados, verificou-se eficácia do procedimento.

PALAVRAS-CHAVES: Endodôntico, retratamento.

ABSTRACT

Endodontics is a dental specialty whose function is to repair and treat injuries and diseases that affect the pulp and periapex. Endodontic treatment failure is caused by poorly executed techniques by the Dental Surgeon. Such failures result from microbial factors, indicating an extraradical or intraradicular infection that was not eliminated during the treatment process. Treatments carried out with a restoration that is poorly adjusted or exposed for a long time without an adequate restoration, endodontic retreatment must be performed due to the fact that it has been exposed for a long time, causing contamination. The purpose of this work was to report a clinical case of endodontic retreatment for prosthetic purposes in element 25. To carry out this, we used the protocols for unfilling with the use of manual files and an ultrasonic insert. In total, two treatment sessions were necessary, since through radiographic examinations, it was verified that the tooth had the presence of fiberglass post and crown. At the end of the procedure, with the application of appropriate techniques, materials and instruments, the effectiveness of the procedure was verified.



KEYWORDS: Endodontic, retreatment.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 7 |
| 2. OBJETIVO..... | 9 |
| 3. REVISÃO DE LITERATURA..... | 10 |
| 4. SELEÇÃO DO CASO..... | 12 |
| 5. DISCUSSÃO..... | 17 |
| 6. CONCLUSÃO..... | 19 |
| 7. REFERÊNCIAS..... | 20 |

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico consiste em reparar os tecidos periapicais para tratar as lesões e doenças que afetam a polpa e a raiz do dente, com resultado satisfatório. Porém, para ter um bom resultado no tratamento tem que ter um bom planejamento o mesmo ser executado corretamente. No caso de falha endodôntica, isso levará ao retratamento. (KASMAR e TRONSTAD, 1979).

O retratamento endodôntico compreende na execução de um novo tratamento, sendo assim com a remoção do material obturador, e novamente reinstrumentados. É realizado o retratamento em virtude do primeiro ter falhado ou ter sido contaminado por exposição da cavidade pulpar por um tempo prolongado. (RITT, 2012; CHIODELLI, SANTANA, BRUNINI, 2009).

A maioria dos insucessos endodônticos estão relacionados a infecção intrarradicular causadas por erros durante a modelagem dos canais. (WERLANG, 2016). As falhas do tratamento estão relacionadas à instrumentação inadequada, à obturação inadequada do canal, acidentes e complicações ocorridas durante o tratamento. (LUCKMANN, DORNELES, GRANDO, 2013).

A presença de micro-organismos é uma das causas mais frequentes para o retratamento endodôntico, consiste na falha da eliminação dos micro-organismos no sistema de canais radiculares no tratamento inicial. (TORABINEJAD, WALTON, 2010).

A restauração definitiva após o tratamento endodôntico é importante para impedir que ocorra a contaminação das estruturas do periápice. Sendo assim, para obter o sucesso do tratamento endodôntico, temos que realizar uma boa limpeza, desinfecção, obturação e é recomendado que a restauração coronária do dente seja realizada no menor espaço de tempo possível. (RIBEIRO, 2009).

Entre todos esses fatores o retratamento tem a finalidade de reverter fracassos do tratamento ocorrido anteriormente, fazendo com que ela retome sua integridade. (GABARDO, 2009).

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar o retratamento endodôntico de um segundo pré-molar superior esquerdo com lesão periapical e obturação endodôntica aquém do limite apical visualizada na radiografia periapical.

3. REVISÃO DE LITERATURA

O retratamento endodôntico é a primeira opção quando a endodontia anterior falhou ou quando o elemento dentário precisará passar apenas pela reabilitação protética. (LOPES e SIQUEIRA Jr, 2005).

O retratamento pode ser indicado quando o tratamento inicial apresentar fístula ou edema e desconforto à palpação e percussão, ausência de um reparo ósseo em uma rarefação perirradicular e mobilidade dentária. (LOPES e SIQUEIRA Jr, 2015).

O sucesso endodôntico depende de vários fatores, como nas interpretações radiográfica, na cooperação dos pacientes, tendência do observador e variabilidade na resposta do hospedeiro ao tratamento. (STABHOLZ; WALTON; TORABINEJAD, 1997).

Fatores que podem contribuir para falhas endodônticas são os canais radiculares não localizados, desinfecção insuficiente, complicações de instrumentação, preenchimento inadequado do canal e extravasamento de material obturador. (CAMPOS et al., 2017).

Para DE DEUS (1992) o tratamento endodôntico está relacionado à seleção correta do caso, desde o método de trabalho a obturação, além de estar relacionado as dificuldades técnicas que o caso apresenta, seja pela sua anatomia e a presença de calcificação.

Para reduzir o risco de insucesso do tratamento endodôntico, precisa ser feito uma boa avaliação do caso, controle asséptico adequado, técnica de tratamento e obturação. (LUCKMANNI DORNELES e GRANDO, 2013).

O insucesso endodôntico é caracterizado pelo desenvolvimento de infecções endodônticas de processo patológicos ou resultantes de traumas dentários. (ESTRELA, 2004). Em alguns outros estudos, foi observado que o retratamento endodôntico é o resultado de infecções persistente na porção apical do canal mesmo em casos onde aparentemente os canais foram tratados corretamente. (MECEDO e NETO, 2018).

De acordo com Borlina, Marion e Anjos Neto (2006), afirmaram que uma das causas do insucesso endodôntico é devido a falhas nas restaurações. Observaram que a infiltração é a principal causadora do fracasso endodôntico. Entretanto, a escolha do material é ideal para o selamento coronário. Os materiais devem ser aderidos na estrutura para aumentar a retenção e diminuir a infiltração e ter uma boa resistência do dente à fratura. (COHEN e HARGREAVES, 2007).

Para Oliveira e Duque (2012) a infiltração é um fator de insucesso do tratamento endodôntico. A infiltração é como uma passagem de fluidos da cavidade oral, podendo ocorrer tanto por via apical como coronário.

Segundo Brito Junior et al., (2009) o principal fator para o insucesso do tratamento endodôntico é a obturação deficiente. As obturações deficientes estão relacionadas com o fracasso da terapia empregada, mas a obturação adequada não é um critério que indica o sucesso do tratamento.

4. RELATO DE CASO

Paciente J.H.G., 23 anos, gênero masculino, busco atendimento na Clínica Escola (Adoci Guarulhos). Paciente relatou dor espontânea há cerca de 3 meses na região do dente 25, o qual foi submetido a tratamento endodôntico. Relatou um histórico de fístula recorrente na mucosa vestibular. O exame clínico, o paciente negou ser portador de qualquer tipo de doença sistêmica, reação alérgica a medicamentos e/ou anestésicos locais. O exame intra-oral foi observado fístula na mucosa vestibular. Ao exame radiográfico periapical (Fig1), verificou-se imagem de tratamento endodôntico e pino de fibra de vidro instalado no dente 25. A necessidade de retratamento endodôntico foi esclarecida ao paciente, concordou com o início do retratamento.



Fig 1 – Radiografia periapical inicial do dente 25

O procedimento iniciou com a anestesia na região do segundo pré-molar superior esquerdo através da técnica infiltrava, administrando o cloridrato de mepivacaina a 20mg/ml com epinefrina a 0,01mg/ml. Para a remoção da coroa e do

pino de fibra de vidro (Fig2), utilizou-se broca esférica diamantada 1014, até a visualização da gutta percha, isolamento absoluto com grampo 210. (Fig 3). A desobturação dos canais radiculares foi realizada com broca Gattes Gliden #3 e lima manual #30, concluindo desobturação total de gutta dos condutos. A cada 2mm de avanço da lima recíprocante, irrigava, aspirava e inundava-se a cavidade com hipoclorito de sódio (NaCOI) a 2,5%. A irrigação foi realizada com seringa plástica, (Ultradent) (Indaiatuba/Brasil) de 5ml, com agulha Navitip- (Ultradent) (Indaiatuba/Brasil). A odontometria eletrônica foi realizada com o localizador foraminal E-pex pro (MK Life) (Porto Alegre/Brasil), determinando o comprimento real de trabalho (CRT) em 18mm.

A técnica de instrumentação utilizada foi a Crown Down (coroa-apice) para limpeza e modelagem do canal em retratamento.



Fig 2-Alta rotação e broca esférica 1014



Fig 3-Isolamento absoluto e grampo 210

O preparo químico mecânico dos canais radiculares do dente 25 para melhor limpeza, ampliação e modelagem se deu com a instrumentação recíproca te com lima única X1 BLUE #40.06. Para a remover a camada de smear layer e melhorar a assepsia dos canais radiculares, foi realizada a técnica do IUP (Passível Ultrasonic Irrigation) com o inserto de ultrassônico (altsonic) (Ribeirão Preto/Brasil). O protocolo da técnica de PUI seguido, realizando 3 ativações por 30 segundos em cada conduto com NaCOI (2,5%). Após o preparo químico mecânico, foi escolhido a medicação intracanal hidróxido de cálcio Ultracal XS – (Ultradent) (Indaiatuba/Brasil) até o CRT por 15 dias. Como o instrumento de memória lima X1 BLUE #40.06 (MK) (Indaiatuba/Brasil) foi selecionado o cone único de gutta percha (40.06). Para a desinfecção dos cones de gutta foi utilizada (NaCOI 2,5%), os mesmos foram emergidos por 5 minutos e em seguida foi feita a secagem com base estéril. A secagem dos canais radiculares foi realizada com cones de papel absorventes estéreis, a obturação dos canais, canais radiculares foram realizados pela técnica de cone único (40.06) e cimento, o cimento endodôntico obturador utilizado foi o AH Plus Net (DentsplySirona) (São José/Brasil). A remoção de excesso de gutta percha e a limpeza da câmara pulpar foram realizadas com a escova para câmara pulpar (MK Life) (Indaiatuba/Brasil) com álcool 70%.

No retorno observou-se na radiografia que após os 15 dias com medicação intracanal já houve regressão da lesão clínica. (Fig 4). Para o selamento provisório foi utilizado coltosol (VigodentColtene) (Rio de Janeiro/Brasil). Em seguida, realizamos a radiografia periapical final com o canal obturado (Fig5). Ao concluir a terapia endodontia em duas sessões, o caso foi preservado por 6 meses (Fig6). O paciente apresentou se assintomático ao controle clínico e radiográfico após seis meses evidenciando padrões de normalidade.

Paciente encontra-se com trabalho reabilitador protético finalizado (Fig 7) devendo seguir em prosservação.



Fig 4 – Imagem após 15 dias de MIC



Fig 5 raio x final



Fig 6 – Radiografia após seis meses de tratamento



Fig 7. Imagem do dente 25 finalizado com a reabilitação protética (face vestibular)

4. DISCUSSÃO

Os retratamentos endodônticos almejam alcançar, limpar, modelar e selar um dente previamente tratado. A remoção completa do material obturador é de fundamental importância, quanto maior a remoção do material obturador melhor será o novo preparo mecânico do canal e conseqüentemente melhor será o acesso aos retos necróticos e aos microrganismos responsáveis pela persistência da inflamação periapical. (LOPES e SIQUEIRA Jr, 2005; COHEN & HARGREAVES, 2007; CAMPOS et al, 2017)

O retratamento endodôntico sempre será mais difícil e trabalhoso em relação ao tratamento inicial, já que a remoção do material obturador é essencial para a finalidade pretendida, e consiste em um empecilho ao preparo do conduto, que levará tempo e técnica para sua execução. Podemos encontrar alterações na anatomia inicial do canal radicular, causadas por má instrumentação, causando desvios, degraus, perfurações, entre outros, que irão complicar a instrumentação. (DE DEUS, 1992; LOPES e SIQUEIRA Jr, 2005; BRITO JUNIOR et al., 2009)

No caso clínico, observou-se através do exame radiográfico uma rarefação óssea periapical circunscrita. A conduta preconizada foi o retratamento endodôntico. Vale ressaltar que o dente apresentava canal obturador aquém do limite apical que conseqüentemente não foi bem instrumentado e posteriormente não realizado o selamento apical, havendo a contaminação do terço apical.

Alguns estudos observaram que as falhas de tratamento endodôntico foram caracterizadas pela presença de lesão periapical, resultando na disseminação e invasão de microrganismos resistentes na região periapical com sintomas dolorosos, em 94% dos casos observados, o fator principal dos casos avaliados é a obturação deficiente. (DE DEUS, 1992; BORLINA, MARION, ANJOS NETO, 2006; COHEN & HARGREAVES, 2007; LOPES e SIQUEIRA Jr, 2015)

No relato de caso, foi utilizada a irrigação ultrassônica passiva (IUP) como auxiliar no tratamento para a limpeza do canal radicular. A mesma melhora o processo de limpeza da substância irrigadora hipoclorito de sódio (NaOCl), foram realizados três ciclos de 20 segundos em cada conduto. A energia liberada durante a IUP produz cavitação e transmissão acústica, resultando na formação de microbolhas e ondas hidrodinâmicas que promovem a agitação do líquido resultando numa limpeza mais eficiente. (VAN DER SLUIS et al., 2007; (MECEDO & NETO, 2018).

No relato de caso, observou-se através da avaliação radiográfica e preservação após 06 meses do retratamento endodôntico que houve regressão da lesão periapical, sugestivo de boa desinfecção dos canais radiculares através do preparo químico mecânico, obturação e selamento coronário adequado, proporcionando ao organismo a realizar a osteogênese e reparação apical.

5. CONCLUSÃO

Diante do exposto, é possível concluir que o retratamento do pré-molar superior com lesão periapical, após o exame clínico radiográfico, apresentou uma regressão da lesão, destacando-se no controle pós-operatório de seis meses, sendo considerado um sucesso endodôntico até o momento.

6. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. BORLINA, S. C.; MARION, J. J. C; ANJOS NETO, D. A. A importância do procedimento restaurador coronário definitivo no sucesso do tratamento endodôntico. Ano.9, n.9, 2006.
2. BRITO JUNIOR, M.; CAMILO, C. C.; FARIA-E-DILVA, A. L.; SOARESS, J. A. Prevalência e etiologia do retratamento endodôntico. V.14, n.2, p.117-120, 2009.
3. CHIODELLI, C. C.; SANTANA, E. R.; BRUNINI, S. H. S. Retratamento endodôntico de um primeiro pré-molar superior com três canais – relato de caso. p.55-58, 2009.
4. CAMPOS, F. L; GUIMARAES, L. C.; ALMEIDO, G. C.; VIANA, A. C. D.; Causas de insucessos no tratamento endodôntico análise dos casos de retratamento atendidos no projeto de extensão da faculdade de odontologia da UFMG. p.1-8, 2017.
5. COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. Caminhos da polpa. V.9, 2007
6. DE DEUS, Q.D. Endodontia. 3. Ed. Rio de Janeiro, RJ. MEDSI, 1992.
7. ESTRELA, C.; ESPONDA, L. Diagnóstico do Insucesso Endodôntico. Ciência Endodôntica. Artes Médicas, São Paulo, v.2, p. 620-656. 2004.
8. GABARDO, M. C. L. et al. Microbiologia do insucesso do tratamento endodôntico. V.1, n.1, p.11-17, 2009.
9. KASMAR. K.; TRONSTAD, L. Long-term results of endodontic treatment performed with a standardized technique. Journal of endodontics, V.5, n.3, p.8390, mar. 1979
10. LOPES, H. P; SIQUEIRA JR, J. F. Retratamento endodôntico. 4. ed. Rio de Janeiro 2014.
11. LOPES, H. P.; SIQUEIRA JR, J. F. Endodontia biologia e técnica. Elsevier: 4. ed. Rio de Janeiro, 2015.
12. LUCKMANN, G.; DORNELES, L. de C.; GRANDO, C. P. Etiologia dos insucessos dos tratamentos endodônticos. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI. Erechin, v. 9, n.16, p. 133-139, maio 2013.
13. LOPES, H.L; SIQUEIRA JR, J.F. Endodontia: Biologia e técnica.3.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 968p, 2010.

14. MECEDO IL; NETO IM. Retratamento endodôntico: opção terapêutica do insucesso endodôntico. Braz. J. H. V. Curitiba, 2018, 1(2):421-431.
15. OCCHI, I.G.P.; SOUZA, A.A.; RODRIGUES, V.; TOMAZINHO, L.F. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da UNIPAR. UNINGÁ Review, v. 8, n. 2, p. 39-46. 2011.
16. OLIVEIRA, A. C. M.; DUQUE, C. Métodos de avaliação da resistência à infiltração em obturações endodônticas. RBO, v. 69, n. 1, 2012.
17. RITTAS, Buco J, Wagner MH, Rosa RA, Vier-pelisser FV, Só MVR. Avaliação da eficácia da instrumentação manual x automatizada durante o retratamento endodôntico em canais radiculares obturados com guta percha e cimento a base de hidróxido de cálcio. RFO, Passo Fundo, V.17, n.1, p.55-59, Jan/abr.2012.
18. RIBEIRO, B. Q. A importância da restauração definitiva após o tratamento endodôntico. V.4, p.493-502, 2009.
19. TORABINEJAD, M.; WALTON, R. E. Endodontia: princípios e práticas. V.4, 2010.
20. VIVAN, R.R.; DUQUE, J.A.; ALCALDE, M.P.; BRAMANTE, C.M.; DUARTE, M.A.H.; SÓ, M.V.R. Evaluation of Different Passive Ultrasonic Irrigation Protocols on the Removal of Dentinal Debris from Artificial Grooves. Brazilian Dental Journal, v. 27, n. 5. p. 568-572, 2016.
21. 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.
22. WERLANG, A.I et al. Insucesso no tratamento endodôntico: uma revisão de literatura. V.5, n.2, p.31-47, 2016.
23. YAMASHITA, J. C. BORTOLOTO, L.R.B.; OLIVEIRA, L.B.D.; DUARTE, M.A.H.; FRAGA, S.C. Retratamento endodôntico: avaliação da capacidade de limpeza por diferentes técnicas. Salusvita, Bauru, v. 18, n. 1, p. 123-129, 1999.
24. WALTON; TORABINEJAD; STABHOLZ. Princípios e práticas em Endodontia. 2. Ed. São Paulo: Santos, 1997.