


RETRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR INFERIOR PORTADOR DE RADIOTRANSPARÊNCIA ÓSSEA PERIAPICAL DIFUSA EM SESSÃO ÚNICA

 <https://doi.org/10.56238/arev6n2-155>

Data de submissão: 17/09/2024

Data de publicação: 17/10/2024

Rosana Maria Coelho Travassos

Doutora em Endodontia e Dentística
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: rosana.travassos@upe.br

William Wale Rodrigues Martins

Prof. Parceiro da Easy Equipamentos Odontológicos
Universidade Uninassau Cacoal -Ro, Brasil
E-mail: drwilliammartins@hotmail.com

Lucas Godoy Martins

Graduando em Odontologia
Universidade Uninassau Cacoal -Ro, Brasil
E-mail: lucasgodmartins@gmail.com

Mônica Maria de Albuquerque Pontes

Doutora em Endodontia e Dentística
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: monica.pontes@upe.br

Vânia Cavalcanti Ribeiro da Silva

Doutora em Odontologia com concentração em Estomatologia
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: vania.silva@upe.br

Verônica Maria de Sá Rodrigues

Doutora em Endodontia e Dentística
Universidade de Pernambuco, Brasil
E-mail: veronica.rodrigues@upe.br

Pedro Guimarães Sampaio Trajano dos Santos

Graduando em Odontologia
Faculdade de Odontologia do Recife
E-mail: pedroguimaraessampaio@gmail.com

Luciano Barreto Silva

Doutor em Endodontia e Dentística
Universidade de Pernambuco-Brasil
E-mail: lucianobarreto63@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste foi descrever um caso clínico de retratamento endodôntico em sessão única em dente com periodontite apical crônica. Paciente de 49 anos, relatou durante anamnese, dor à mastigação e à percussão vertical no primeiro molar inferior esquerdo (36). Radiograficamente, observou-se presença de material obturador aquém do limite apical adequado (sub-obturação) e radiotransparência óssea periapical difusa, sugerindo diagnóstico de abscesso periapical crônico. O retratamento de canal radicular foi proposto para o paciente, e o consentimento informado foi obtido antes do início do tratamento. Após anestesia, realizou-se a abertura coronária e adequada forma de conveniência. Removeu-se a guta percha com o sistema Reciproc #R25. A odontometria eletrônica foraminal, foi realizada com o localizador Root Zx Mini Apex Locator (J. Morita Corp., EUA). A substância irrigadora empregada foi o hipoclorito de sódio 2,5%. A obturação do sistema de canais radiculares foi realizada pela técnica do cone único R#40 e condensação vertical, associado ao cimento SealerPlus. A preservação clínica e radiográfica realizada após 3 anos da obturação dos canais radiculares determinou o sucesso do retratamento endodôntico conservador, uma vez que a paciente estava assintomática e o exame radiográfico demonstrou completo reparo da lesão periapical. Conclui-se que retratamento endodôntico em única sessão determinou o sucesso da terapia endodôntica conservadora.

Palavras-chave: Periodontite apical crônica, Retratamento de canal radicular, Preservação.

1 INTRODUÇÃO

A maioria das falhas e insucessos do tratamento endodôntico está relacionada com a persistência de microrganismos resistentes ao preparo químico-mecânico e/ou à medicação intracanal. Aliado a isso, a complexidade do sistema canais radiculares, com a presença de istmos, ramificações, reentrâncias e túbulos dentinários, também é um obstáculo para a correta limpeza e sanificação. Na busca por métodos mais eficazes para a desinfecção do sistema de canais radiculares, novas técnicas e novos sistemas de instrumentação foram introduzidos na endodontia. O instrumento Reciproc Blue® (RB) foi desenvolvido a partir de um inovador processo de aquecimento que modifica sua estrutura molecular aumentando sua flexibilidade e resistência à fadiga. Quando introduzido no canal radicular adquire a forma austenita e desenvolve um movimento de expansão e contração durante o movimento rotacional, possibilitando tocar todas as paredes e agitar a solução irrigadora. O presente trabalho teve como objetivo Avaliar a eficácia dos sistemas Reciproc Blue, XP-endo Shaper e XP-endo Finisher quanto a capacidade de reduzir a carga bacteriana dos canais radiculares de dentes humanos, unirradiculares e com canal único, de formato oval, com diagnóstico de necrose pulpar e periodontite apical assintomática. Os sistemas XP-S e RB reduziram acentuadamente a carga bacteriana em canais radiculares de formato oval. XP-F usado como instrumento suplementar ao preparo químico-mecânico promoveu uma redução bacteriana significativamente maior (Amaral, 2020).

Falhas endodônticas podem ser atribuídas através da inadequada limpeza, preparo biomecânico e obturação, eventos iatrogênicos, ou reinfecção do sistema de canais radiculares, quando o selamento coronário é perdido após o término do tratamento endodôntico. Assim que for possível melhorar a qualidade do preparo químico-mecânico e preenchimento do material obturador anterior, a abordagem não cirúrgica deve ser considerada como a principal escolha, por ser considerada uma abordagem mais conservadora, visando restabelecer o reparo dos tecidos periapicais. (Oliveira, et al. 2105). Um dos aspectos críticos do retratamento endodôntico que pode influenciar diretamente o sucesso do procedimento, é a quantidade de guta-percha e cimento endodôntico presente nos canais radiculares. Remover uma quantidade substancial desse material é essencial para facilitar a subsequente limpeza minuciosa, remodelagem precisa e a reobturação adequada do canal. Em um campo dinâmico como a endodontia, onde a pesquisa e as inovações continuam a moldar as práticas clínicas, a dedicação em aprimorar as abordagens. O retratamento é crucial para atingir os melhores desfechos para os pacientes. A convergência de conhecimento, tecnologia e experiência clínica é o caminho para enfrentar os desafios inerentes ao retratamento endodôntico e para continuar a elevar os padrões de cuidados odontológicos (Travassos et al, 2023). O objetivo deste foi descrever um caso clínico de retratamento endodôntico em sessão única em dente com periodontite apical crônica.

2 METODOLOGIA

Para construir este relato de caso, foi criada uma metodologia que visou obter uma gama de informações com o máximo de conteúdo relacionado ao tema abordado no relato, utilizando obras como: teses de doutorado e mestrado, trabalhos de conclusão de curso, relatos de caso que abordam o mesmo conteúdo, livros online, monografias, PICs e artigos de revisão. Assim, para obter essas informações, é necessário pesquisar o tema em fontes confiáveis e bem fundamentadas, assim, foram realizadas pesquisas nas seguintes bases de dados: BVS/BIREME, PUBMED Central, Web of Science, DeCs, Science Direct, Scielo, PROSPERO, Portal de Periódicos CAPES, Revista FT, The Cochrane Library, Revista LUMEN ET VIRTUS, Research, society and development journal e Google Academy. Para construir este relato de caso, também foi utilizada literatura cinzenta, visando enriquecer o relato de caso com base científica comprovada, informações que sejam confiáveis e seguras para compor o trabalho. Por se tratar de um artigo de relato de caso, foi necessário utilizar o protocolo de trabalho e pesquisa de Yin (2001) em conjunto com o estudo de Pereira (2018), utilizando ambos para desenvolver a metodologia utilizada na construção deste relato de caso, utilizando-o também para estruturá-lo, além de indicar como deve ser a abordagem utilizada dentro de um relato de caso. Durante a busca pelas informações utilizadas na composição deste relato, visando adquirir apenas o conteúdo que é necessário e que faz jus ao tema abordado, foram utilizados os seguintes descritores durante as buscas: Tratamento de canal radicular; Medicação intracanal; Lesão periapical; Endodontia.

3 RESULTADOS

Paciente de 49 anos, relatou durante anamnese, dor à mastigação e à percussão vertical no primeiro molar inferior esquerdo (36). Radiograficamente, observou-se presença de material obturador aquém do limite apical adequado (sub-obturação) e radiotransparência óssea periapical difusa, sugerindo diagnóstico de abscesso periapical crônico (Figura 1).

Figura 1 – Presença de material obturador e radiotransparência óssea periapical difusa



O retratamento de canal radicular foi proposto para o paciente, e o consentimento informado foi obtido antes do início do tratamento. Após anestesia, realizou-se a abertura coronária e adequada forma de conveniência. Removeu-se a guta percha com o sistema Reciproc #R25. A odontometria eletrônica foraminal, foi realizada com o localizador Root Zx Mini Apex Locator (J. Morita Corp., EUA). A substância irrigadora empregada foi o hipoclorito de sódio 2,5%. O desbridamento foraminal foi feito com instrumento Sistema Prodesign Logic 25.01 no comprimento real do dente. Dando sequência, realizou-se o preparo dos canais radiculares com o sistema recíprocante Reciproc R40 (VDW) no comprimento real de trabalho.

Posteriormente foi instituído o protocolo de irrigação ativado com a lima plástica Easy Clean (Easy Equipamentos Odontológicos, Belo Horizonte, Brasil), como se segue: 3 ciclos de 20 segundos de Hipoclorito de Sódio (NaOCl) a 2,5% seguido de 3 ciclos de 20 segundos de EDTA a 17% (Biodinâmica, Iporã, Brasil), finalizado com 3 ciclos de 20 segundos de NaOCl a 2,5%. A obturação do sistema de canais radiculares foi realizada pela técnica do cone único R#40 e condensação vertical, associado ao cimento SealerPlus (MKLife) (Figura 2). A restauração definitiva foi realizada em sessão subsequente com resina composta (Z2503M ESPE, St. Paul, MN, USA). Devido ao desgaste das paredes da câmara pulpar, informou-se que a paciente necessitaria de uma prótese fixa unitária.

Figura 2 - Obturação do sistema de canais radiculares foi realizada pela técnica do cone único



A preservação clínica e radiográfica realizada após 3 anos da obturação dos canais radiculares determinou o sucesso do retratamento endodôntico conservador, uma vez que a paciente estava assintomática e o exame radiográfico demonstrou completo reparo da lesão periapical (Figura 3).

Figura 3 – Preservação de 3 anos com completo reparo da lesão periapical.



4 DISCUSSÃO

A persistência de infecção pós-tratamento endodôntico primário ocorre com uma frequência comum. Na presença de lesões extensas, pode gerar grandes reabsorções ósseas e serem acompanhadas de sinais e/ou sintomas. Existe um grau de contaminação maior no interior do canal radicular, mas a região perirradicular também pode ser acometida por esses microrganismos. Quando não se obtém uma diminuição favorável da carga microbiana na região do canal e periapical, deve-se intervir novamente, através do retratamento endodôntico, com vistas ao completo reparo ósseo. Neste caso, o retratamento consistiu na remoção do material obturador previamente existente no canal radicular infectado, para posterior instrumentação, sanificação e obturação dos canais radiculares. Todavia, em

casos de lesões extensas, mesmo diante de um adequado protocolo de descontaminação, com trocas sucessivas de medicação intracanal, o reparo completo da região periapical pode não ocorrer, com a persistência de sinais e sintomas de infecção, determinando a necessidade de complementação cirúrgica.

O retratamento endodôntico tem como objetivo a remoção de todo o material obturador previamente existente e uma efetiva reinstrumentação das paredes dentinárias do canal radicular, para a obtenção de uma forma adequada (limpeza e modelagem) que favoreça a nova obturação. Após o esvaziamento e a determinação do comprimento de trabalho e de patência, inicia-se a instrumentação dos canais radiculares. Todavia, o esvaziamento e a reinstrumentação, na maioria das vezes, são realizados concomitantemente. Clinicamente, a reinstrumentação é considerada completa quando não houver mais evidência de guta-percha ou selador no instrumento endodôntico, as raspas de dentina excisadas forem de coloração clara e o canal radicular, por meio da sensibilidade tátil, apresentar paredes lisas e, imaginariamente, uma forma adequada que permita sua posterior obturação de maneira efetiva. Em busca desses fundamentos, várias manobras têm sido sugeridas: manuais e especiais; ultrassônicas e acionadas a motor, com instrumentos de conicidades variáveis.

O sucesso do tratamento endodôntico é caracterizado pela ausência de sintomatologia dolorosa, fístula, edema, lesão apical ou comprometimento do periodonto e para obtê-lo é necessário respeitar as técnicas endodônticas. Observou-se que as principais causas dos insucessos são: a desinfecção insatisfatória, falta de localização dos canais, fratura de instrumentos, trepanação, extravasamento de material obturador, ausência de selamento coronário, infiltração na restauração coronária e a persistência de alguns microrganismos, sendo a *Enterococcus Faecalis* a espécie mais frequente encontrada e conseqüentemente a mais difícil de ser eliminada. Desse modo, os erros iatrogênicos em consonância com a influência microbiológica são os fatores que propiciam a falha e em seqüência um retratamento endodôntico. (Matos, 2021). Corroborando com esses achados, (Luckmann et al. 2013) constataram que uma série de fatores pode colaborar com a falha do tratamento endodôntico, evidenciando: instrumentação inadequada, acidentes e complicações ocorridas durante o tratamento, presença de biofilme bacteriano, obturação e selamento inadequado dos sistemas de canais radiculares, uso de materiais irritantes aos tecidos periapicais e restaurações coronárias deficientes.

Uma infecção pulpar de longa duração permite que bactérias se propaguem para todo o sistema de canais radiculares, além da luz do canal radicular e túbulos dentinários, os canais laterais, secundários e acessórios; delta apical; lacunas formadas pelas reabsorções cementárias protegidas pelo biofilme bacteriano e a região periapical. Essas informações, enfatizam a necessidade de eliminação bacteriana do sistema de canais, que não é conseguida nos casos de dentes com lesão

periapical de longa duração, apenas com o preparo biomecânico, pois seria impossível erradicar toda a infecção sem o auxílio complementar de uma medicação tópica entre as sessões (Travassos et al, 2022). No presente relato de caso, o retratamento endodôntico foi a primeira opção de tratamento diante da infecção persistente. O tratamento deve seguir um protocolo clínico adequado de descontaminação, em prol da cura dos sinais e sintomas do paciente, com regressão das lesões periapicais (Regezi, Sciubba, 2020). Para sanar o processo infeccioso associado ao canal radicular e a região periapical, faz-se necessário reduzir ao máximo a microbiota bacteriana nesses locais. Assim, é preconizada a utilização de uma solução irrigadora potente e com propriedades antimicrobianas. O hipoclorito de sódio é recomendado como irrigante principal, uma vez que possui um amplo espectro de ação e capacidade de dissolução tecidual. Somado às essas propriedades favoráveis, a ativação da solução irrigadora potencializa o processo de descontaminação do sistema de canais radiculares. Neste caso foi utilizado o instrumento plástico Easy Clean, que tem a função de realizar a agitação física do irrigante, com maior penetrabilidade em canais laterais, istmos e ramificações existentes, maximizando a limpeza e a descontaminação

A obturação adequada do canal, tem um impacto profundo na eficácia da terapia endodôntica. Essa obturação deve ser realizada de forma precisa, de modo a vedar hermeticamente o canal radicular, impedindo a entrada de microrganismos. No entanto, sua importância vai além disso. Uma obturação adequada também é capaz de promover um ambiente propício para o reparo tecidual na região periapical, permitindo que os tecidos se restauram naturalmente e evitando a recorrência de infecções (Travassos et al., 2023). Como relatado no caso presente, o retratamento endodôntico convencional foi bem-sucedido e suficiente para eliminar os processos infecciosos do sistema de canais radiculares, permitindo uma neoformação óssea periapical, por meio de uma limpeza e desinfecção eficaz, e obturação com bom selamento apical. Além disso, é de extrema importância a preservação do paciente visando avaliar a evolução do processo de regressão da lesão periapical para o estabelecimento do sucesso do tratamento endodôntico. A partir do acompanhamento clínico e radiográfico, constatou-se remissão da lesão e sucesso no tratamento endodôntico (Alves, 2024).

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que retratamento endodôntico em única sessão determinou o sucesso da terapia endodôntica conservadora.

REFERÊNCIAS

ALVES, W. C. Tratamento endodôntico de lesão periapical extensa: um relato de caso. Facsete, acesso em: 3 ago. 2024.

AMARAL, R. R. Avaliação quantitativa da eficácia de Reciproc Blue® e XP- Endo Sharper-Finisher® na redução da carga bacteriana em canais radiculares de formato oval: estudo clínico. Belo Horizonte, 2020. 133 f. : il.

BRONZATO et al. Bactérias e fatores de virulência em lesões periapicais associadas a dentes após tratamento de canal primário e secundário. *International Endodontic Journal*, v. 54, n. 5, p. 660–671, 2021.

CARNEIRO et al. Abordagem endodôntica não cirúrgica em extensa lesão periapical: relato de caso. *Arch Health Invest, Maringá*, v. 6, p. 513-516, 7 out. 2019.

CHEN et al. Primeiros eventos adversos e razões para a extração dentária após tratamento endodôntico não cirúrgico em Taiwan. *Journal of Endodontics*, v. 34, n. 6, p. 671–674, jun. 2008.

CONEJERO et al. Avaliação clínica retrospectiva do tratamento de canal com ou sem terapia fotodinâmica para dentes necróticos e submetidos a retratamento. *Journal of Oral Science*, v. 63, n. 2, p. 163–166, mar. 2021.

CYMERMAN et al. Tratamento endodôntico regenerativo como abordagem de base biológica para o retratamento não cirúrgico de dentes imaturos. *Journal of Endodontics*, v. 46, n. 1, p. 44–50, jan. 2020.

DAEMON. Follow-up de Tratamento Endodôntico – Protocolo Clínico. 2019. 28 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto, Porto, 2019. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/121727>. Acesso em: 12 nov. 2023.

MATOS, J. P. C. Causas dos insucessos na terapia endodôntica: uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia – Centro Universitário AGES, Paripiranga, 2021.

OLIVEIRA, N. G. et al. Regressão de lesão periapical extensa: relato de caso clínico. *Revista Odontológica da Universidade Cidade de São Paulo*, 2018, v. 30, n. 2, p. 210-215.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. Cistos da boca – cistos periapicais. In: *PATOLÓGIA BUCAL: CORRELAÇÕES CLÍNICOPATOLÓGICAS*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. p. 260-262.

SEREOFGLU et al. Estudo de coorte prospectivo avaliando o desfecho do retratamento de canal em primeiros molares inferiores sintomáticos com lesões periapicais. *International Endodontic Journal*, v. 54, n. 12, p. 2173–2183, dez. 2021.

TOSUN et al. Análise retrospectiva fractal de dados de seguimento de um ano obtidos após retratamento endodôntico não cirúrgico em uma única visita em radiografias periapicais. *Clinical Oral Investigations*, v. 25, n. 11, p. 6465–6472, nov. 2021.

TRAVASSOS et al. Reparo de lesão de incisivo central inferior com dois canais – relato de caso. Recisatec - Revista Científica Saúde e Tecnologia, v. 2, n. 7, p. 27-69, 2022.

TRAVASSOS et al. Retratamento endodôntico com Prodesign Logic RT. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 5, n. 4, p. 2393-2408, 2023.

TRAVASSOS et al. Retratamento endodôntico de pré-molar inferior com dois canais: relato de caso. Revista FT, v. 28, ed. 136, p. 1-12, 2024.

TRAVASSOS et al. Tratamento endodôntico conservador em lesão periapical extensa asséptica: relato de caso. Research, Society and Development, v. 10, n. 5, e33710514982, 2021.