

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA

ALESSANDRA MARIA GRANDO

RELATO DE CASO CLÍNICO:

Retratamento endodôntico

PORTO ALEGRE

2017

Alessandra Maria Grando

Relato de Caso Clínico: Retratamento endodôntico

Monografia apresentada para o curso de Especialização em Endodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do grau de Especialista em Endodontia.

Orientador: Prof^o. Dr^o. João Ferlini Filho

PORTO ALEGRE

2017

Alessandra Maria Grando

Relato de Caso Clínico: Retratamento endodôntico

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Endodontia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do grau de Especialista em Endodontia, submetido à Banca Examinadora e considerado aprovado em __/__/____.

Banca examinadora

Profº. Drº. João Ferlini Filho

Orientador – UFRGS

Profª. Dra. Patrícia Kopper

Membro da banca - UFRGS

Ms. Letícia Boldrin Mestieri

Membro da banca – UFRGS

Aos meus pais, Angelo e Adriane, por toda atenção,
compressão, amor e paciência que tiveram e têm comigo.

A minha irmã, por ainda ser pequena, ter me
acompanhado nesta nova etapa que estou vivendo.

Ao meu namorado, Rodrigo, pelo incentivo e pela
animação para seguir os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me encorajar a enfrentar novos desafios e me motivar a realizar os meus sonhos.

Aos meus pais, pelo incentivo, confiança, carinho, apoio e amor que sempre me deram. Sou o que sou hoje graças a eles.

A minha irmã que está sempre presente no meu dia a dia, alegrando-me em todos os momentos, mostrando-me o lado criança de ser.

Ao meu namorado, por me acompanhar nesta jornada e trilhar novos caminhos comigo.

A minha segunda família – Lisboa - pelo carinho, amor, apoio e incentivo.

Ao meu orientador - Prof^o Dr^o João Ferlini Filho - pela paciência, atenção, companheirismo e o ensinamento transmitido.

A todos os professores da Especialização em Endodontia pela dedicação e aprendizado que nos passaram nestes anos.

RESUMO

O tratamento endodôntico possui uma taxa elevada de sucesso e, para alcançá-lo, protocolos devem ser seguidos para garantir o resultado desejado.

Dentes tratados endodonticamente com sinais clínicos (dor, desconforto) e radiográficos (áreas radiolúcidas, espessamento do ligamento periodontal) devem passar por um novo tratamento de endodôntico, para que se possa solucionar o problema que antes não foi resolvido.

Ao examinar o elemento dentário, observaremos se este possui estrutura adequada para receber uma nova intervenção endodôntica. O meio para remover o material obturador pode envolver brocas (Gates/Largo), solventes, limas manuais, instrumentos rotatórios e ultrassom.

Após um bom preparo, medicação intracanal e obturação satisfatória, deve-se programar para restaurá-lo ou até mesmo realizar uma prótese. O selamento coronário é de extrema importância para se ter um sucesso no tratamento endodôntico. Falhas no selamento podem provocar disseminação das bactérias na guta percha em questão de dias.

O objetivo do presente estudo foi relatar um caso clínico realizado na Especialização de Endodontia da Faculdade de Odontologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Paciente com queixa no elemento 36, onde já havia sido realizada duas intervenções endodônticas, presença de fístula ativa e fratura da parede lingual; devido a sua fragilidade dentária optou-se pela extração. Ao exame radiográfico, observou-se tratamento endodôntico e presença de lesão apical no elemento 37, sendo proposto um retratamento endodôntico.

Palavras-chave: Endodontia. Retratamento endodôntico. Falhas endodônticas.

ABSTRACT

Endodontic treatment has a high rate of success and, to reach it, protocols must be followed to ensure the desired outcome.

Endodontically treated teeth with clinical (pain, discomfort) and radiographic signs (radiolucent areas, thickening of the periodontal ligament) should undergo a new endodontic treatment, to solve the previously unresolved problem.

When examining the dental element, we will observe if it has adequate structure to receive a new endodontic intervention. The means for removing the sealing material may involve drills (Gates / Largo), solvents, hand files, rotary instruments and ultrasound.

After a good preparation, intracanal medication and satisfactory obturation, it should be programmed to restore it or even to perform a prosthesis. Coronary sealing is extremely important to have a successful endodontic treatment. Failures in sealing can cause bacteria to spread in the gutta percha in a matter of days.

The aim of the present study was to report a clinical case performed in the Endodontic Specialization of the Faculty of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul. Patient with complaint in element 36, where two endodontic interventions had already been performed, presence of active fistula and Fracture of the lingual wall; Due to its dental fragility, the extraction was chosen. Radiographic examination revealed endodontic treatment and presence of apical lesion on element 37, and an endodontic retreatment was proposed.

Keywords: Endodontics. Endodontic retreatment. Endodontic failure.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 ETIOLOGIA (FATORES MICROBIANOS/ INFECÇÃO INTRA-EXTRA RADICULARES - FATORES NÃO MICROBIANOS)	10
2.2 SELEÇÃO DO CASO	12
2.3 RESTAURAÇÃO.....	13
2.3.1 Restauração de dentes tratados endodonticamente	14
2.3.2 Fator de insucesso	15
2.3.3 Microinfiltração Coronária	15
2.4 MEDICAÇÃO INTRACANAL	16
2.5 TÉCNICAS	17
2.5.1 Técnicas de Desobturação do Canal Radicular	17
3 RELATO DE CASO	19
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico é um procedimento de rotina nos consultórios, tendo uma acessibilidade maior para a população, a qual pode optar por este tratamento ao invés da extração. Porém, às vezes, o retratamento se faz necessário devido ao insucesso da primeira terapia endodôntica.

A nova intervenção tem como objetivo tornar o dente novamente funcional, resultando no reparo das estruturas de suporte. O retratamento endodôntico significa que houve uma intervenção anterior no sistema de canais radiculares. Contudo, com o passar dos anos, o reparo não acontece, a área radiolúcida permanece, ou ocorrem sinais e sintomas nos dentes tratados (STABHOLZ, WALTON, 1996). Portanto, deve-se reintervir nestes dentes para adequar as condições do tratamento endodôntico.

Para o sucesso na terapia endodôntica (tratamento ou retratamento endodôntico), deve-se seguir diversos critérios técnicos e cuidados para alcançar o objetivo do tratamento. Atenção especial à cadeia asséptica, correto diagnóstico, bom preparo químico mecânico, adequada medicação intracanal e ao tempo de sua permanência, boa obturação e a outros fatores, são especiais para obter um resultado satisfatório (CARR, 2000).

Essa nova intervenção pode ser classificada em dois grupos (CARR, 2000):

-Convencional: o tratamento é realizado via canal; nos casos em que, mesmo após a conclusão do tratamento, não houve reparo;

-Cirúrgico: o tratamento é realizado via exposição cirúrgica da porção apical do dente para a remoção da lesão periapical.

Para a remoção do material obturador, pode-se utilizar vários instrumentos, entre eles: brocas Largo, limas tipo Kerr ou Hedström e o uso de solventes (clorofórmio, xilol, eucaliptol e solventes à base de óleo de laranja) (BRAMANTE, FREITAS, 1998; SOMMA et al., 2008). Atualmente, com o avanço da Endodontia, podemos utilizar o ultrassom e o sistema rotatório. O objetivo deste trabalho foi apresentar um caso clínico de retratamento, realizado na Especialização em

Endodontia da Faculdade Federal do Rio Grande do Sul, detalhando as causas, consequências e o retratamento do elemento 37.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O tratamento endodôntico consiste em uma nova intervenção nos sistemas de canais radiculares, seja porque o primeiro procedimento não obteve sucesso, ou quando se tem a necessidade de um tratamento mais adequado, principalmente quando o dente precisa de um trabalho protético (LOPES, SIQUEIRA, 2004).

Um retratamento poderá ser indicado quando o paciente apresentar uma ou mais características: manifestações subjetivas, fístula, edema na região, sensibilidade a palpação e a percussão, espaço do ligamento periodontal aumentado, áreas radiolúcidas antes inexistentes, desconforto para mastigação, mobilidade dentária e/ou progressão de uma reabsorção radicular (LOPES, SIQUEIRA, 2004).

Segundo a Associação Americana de Endodontia (1994, apud ESTRELA 2004), o sucesso endodôntico é classificado pelos critérios clínicos (ausência de sintomas à percussão ou à palpação; dente com mobilidade normal; ausência de fístula; ausência de doença periodontal endodôntica; dente em função na arcada; ausência de sinais de infecção ou edema; ausência de sintomas relatados pelo espessamento insignificante, menos de 1 mm; eliminação de uma prévia rarefação perirradicular; lâmina dura normal em relação ao dente adjacente; ausência de reabsorção, comparando com a radiografia original; obturação do espaço visível do canal, respeitando os limites do seu espaço até aproximadamente 1 mm aquém do ápice radiográfico).

Na literatura, algumas das causas são descritas para o insucesso endodôntico: acesso insatisfatório à cavidade endodôntica, complicação na instrumentação, canais não localizados, canais inadequadamente preparados e obturados e extravasamento do material obturador (RODA, 2007).

2.1 ETIOLOGIA (FATORES MICROBIANOS/ INFECÇÃO INTRA-EXTRA RADICULARES - FATORES NÃO MICROBIANOS)

Para o insucesso endodôntico, várias causas podem estar envolvidas: microbianas (infecção intra ou/e extra radicular) e não microbianas (SIQUEIRA, 2006; NAIR, 2006).

- Causas microbianas

Os microorganismos que estão no sistema de canais são considerados agentes etiológicos para que se desenvolva a periodontite apical. Com a adequada modelagem e limpeza dos canais, diminuem-se estes microorganismos. Na região de istmo, deltas, irregularidades das paredes, ramificações e túbulos dentinários que não são limpos durante a modelagem podem permanecer bactérias após a obturação dos canais. Essas bactérias podem manter ou causar lesões apicais dependendo de sua capacidade de reprodução em locais com pouco nutriente, da patogenicidade e do número (STUART et al., 2006).

As bactérias encontradas em dentes que não foram tratados endodonticamente (infecção primária ou inicial) e em dentes que já foram tratados (infecção secundária ou persistente) apresentam marcantes diferenças. A infecção primária é decorrente dos microorganismos que invadiram o tecido pulpar necrosado e a microbiota varia com o tempo de infecção e tipo de lesão apical. Essa infecção é mista e tem predomínio de anaeróbios gram-negativos. Já foram isoladas mais de 200 espécies diferentes de bactérias, e as mais presentes são: *Fusobacterium*, *Streptococcus*, *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Peptostreptococcus*, *Eubacterium*, *Propionibacterium*, *Campylobacter*, *Selenomonas* e *Actionomyces*. Já a infecção secundária tem o predomínio de monoinfecções e bactérias gram-positivas que são, normalmente, anaeróbias facultativas (LOPES, SIQUEIRA, 2004; SUNDQVIST, 1998; BAUMGARTNER, FALKER, 1991; GOMES, LILLEY, DRUCKER, 1996).

A bactéria *Enterococcus faecalis*, é pouco encontrada em infecção primária; contudo, está presente nas infecções secundárias está presente no tratamento endodôntico que apresenta insucesso. Isso ocorre devido a sua a capacidade de se aderir à dentina e penetrar em túbulos dentinários, se reproduzir como monoinfecção sem suporte sinérgico de outras bactérias, poder sobreviver por longos períodos sem a nutrição adequada, capacidade de suprimir a ação de linfócitos e alterar os processos de defesa do indivíduo, de possuir polimorfismo genético e de formar biofilmes (STUART et al., 2006).

-Causas não microbianas

Pode-se subdivir esta categoria em causas intrínsecas e extrínsecas.

a) Intrínsecas:

Cistos na região apical têm sido relacionados a lesões com ausência de microorganismos (SIQUEIRA, 2006). Os cristais de colesterol podem se precipitar e gerar acúmulo nos tecidos perirradiculares (NAIR, 2006; NAIR, SJOGREN, SUNDQVIST, 1998).

b) Extrínsecas:

Materiais que se utiliza nos tratamentos endodônticos podem ultrapassar o forame apical e provocar injúrias ao tecido. Cones de guta-percha podem ser suportados e encapsulados; contudo, há casos que o mesmo material pode provocar uma reação intensa no local. A extrusão de cimentos endodônticos também pode irritar os tecidos; provocando reparo mais lento ou ausência de reparo (NAIR, 2006).

2.2 SELEÇÃO DO CASO

Para determinar uma nova intervenção no elemento dental, deve-se observar critérios clínicos e radiográficos para se obter um adequado diagnóstico. Durante a anamnese, deve-se ficar atento para as duas questões: “Quantas vezes o dente avaliado passou por procedimentos endodônticos? Quando foi feita a última intervenção endodôntica?”.

Quando se está diante de um caso em que já foi feita mais de uma tentativa de intervenção, ele pode ser considerado um caso de risco, devido a patogenicidade ou a complexidade da anatomia dental. Quando ocorre o insucesso, após todas as análises observadas, podemos optar ou pelo tratamento convencional ou pelo cirúrgico. Para os autores Allen, Newton e Brown (1989), quando se realiza a reintervenção pelo canal radicular, as taxas de sucesso serão maiores do que as de acesso cirúrgico. Para que se possa optar por uma ou outra solução, deve-se

observar se o canal tem uma obturação de qualidade, presença ou não de peças protéticas, envolvimento periodontal, acesso e localização do dente.

Quando se tem um tratamento endodôntico realizado a menos de um ano, poucas são as evidências de sucesso ou insucesso. Contudo, caso o paciente sinta algum desconforto e/ou dor, isto implica em nova intervenção. À análise radiográfica, mostra vários detalhes para se julgar o tratamento realizado (HOEN, PINK, 2002; SEGURA-EGEA et al., 2004):

- canais sobreobturados com extravasamento de mais de 2 mm de material obturador;
- canais obturados; com espaços vazios no conduto radicular;
- canais tratados aquém do ponto ideal (aproximadamente 2mm);
- ausência de tratamento endodôntico em algum dos canais;
- presença de perfuração, degrau, ausência de material obturador e materiais obturadores inadequados.

Quando há falha na obturação, muitas vezes, esta pode estar associada a má limpeza dos canais, desinfecção inadequada, e preparo radicular não satisfatório.

Já nos casos em que há perfuração, algumas delas podem ser seladas durante o retratamento ou por acesso cirúrgico. Nos casos de instrumentos fraturados, dependendo da localização deles dentro do canal, pode-se tentar por sua remoção (FRIEDMAN, STABHOLZ, 1986).

Um dos fatores chaves para se obter sucesso no tratamento endodôntico é realizar uma excelente restauração/prótese. As microinfiltrações são prejudiciais para ao sucesso no tratamento (SAUNDERS, SAUNDERS, 1994; TORABINEJAD, UNG, KETTERING, 1990).

2.3 RESTAURAÇÃO

A Endodontia permite o restabelecimento funcional dos elementos dentários acometidos pelas alterações patológicas com envolvimento pulpar e/ou periapical.

Entretanto, para que ocorra a finalização do caso, necessita-se de um adequado tratamento restaurador. Diversos estudos clínicos demonstram que, para se obter um sucesso endodôntico, a adequada restauração é de grande importância (HOMMEZ, COPPENS, DE MOOR, 2002; PILO et al., 2002; RAY, TROPE, 1995).

De acordo com vários autores, uma má restauração ou a sua ausência são fatores mais importantes para determinar insucesso endodôntico, do que problemas relacionados com a técnica endodôntica propriamente dita (IMURA, ZUOLO, 1998).

Uma das maiores causas do insucesso endodôntico é a microinfiltração coronária. Estudos já demonstraram que as bactérias penetram pelos materiais obturadores e, por conseguinte, influenciam os tecidos periapicais (MAGURA, 1991; SWANSON, MADISON, 1987).

Pode-se tornar complexa uma restauração, em dentes tratados endodonticamente, devido a extensão dental perdida. Há uma relação de extrema importância entre a estrutura perdida e a força oclusal que o dente é capaz de suportar.

A restauração definitiva deve promover adequado selamento coronário, devolver a função do elemento dentário e restaurar a forma (IMURA, ZUOLO, 1998; MESSER, WILSON, 1997).

2.3.1 Restauração de dentes tratados endodonticamente

Algumas afirmações, baseadas em experimentos científicos inadequados, geraram um mito de que "o tratamento endodôntico enfraquece o dente, pois aumenta o seu ressecamento e a sua friabilidade, ou então, diminui a sua resistência, elasticidade e dureza" (IMURA, ZUOLO, 1998).

Outros estudos atestam que os dentes que sofreram tratamentos endodônticos possuem uma dentina diferente daqueles que possuem polpa viva; essa diferença é provocada pela perda de colágeno transversal e pela desidratação da dentina (RIVERA, YAMAUCHI, 1993; HELFER, MELNICK, 1972).

Contudo, estudos afirmam que não há diferenças entre as propriedades físicas da dentina em dentes vitais ou em dentes com o canal tratado. O estudo de

Sedgley e Messer (1992), com 23 dentes com os canais tratados e seus pares contra-laterais vitais, testaram as propriedades biomecânicas da dentina, através de testes mecânicos de cisalhamento, flexibilidade, dureza e resistência a fratura. O resultado que se obteve foi similar entre os dois grupos; demonstrando assim, que dentes tratados endodonticamente não se tornam mais friáveis. Além disso, Papa et al. (1992), observaram o conteúdo de água presente na dentina em dentes vitais e seus pares contra-laterais com tratamento endodôntico. Obteve-se como resultado que a diferença não é significativa entre a quantidade de água na dentina de dentes vitais (12,35%) e de dentes que receberam tratamento endodôntico (12,10%).

O estudo de Reeh et al. (1989) observou a redução de dureza em diversas situações clínicas, sendo que o tratamento endodôntico reduz 5%. Contudo, há uma redução de 63% nos casos onde é realizado um preparo cavitário mesio-oclusodistal.

Não só este estudo, mas outros relatam que o enfraquecimento que se tem no dente com tratamento endodôntico não está relacionado com a procedimento ou com as mudanças estruturais na dentina. O que leva ao enfraquecimento dentário nestes casos é a extensão da perda estrutura dental.

2.3.2 Fator de insucesso

Diversos estudos mostram que há um índice alto de sucesso no tratamento endodôntico, que varia entre 70% a 95%. Um fator crucial que está envolvido diretamente no prognóstico do tratamento endodôntico é a qualidade da restauração definitiva. Ausência ou inadequada restauração promovem insucesso no tratamento, podendo ocorrer microinfiltração e até mesmo levar a fratura (IMURA, ZUOLO, 1998).

2.3.3 Microinfiltração Coronária

De acordo com Saunders e Saunders (1994), os fluidos da cavidade oral, quando em contato com o sistema de canais radiculares (microinfiltração coronária), são umas das causas mais predisponentes para o insucesso no

tratamento endodôntico. Estudos revelaram que os fluidos bucais em contato com a guta percha levam a migração das bactérias até o ápice em poucos dias (MAGURA, 1991; SWANSON, MADISON, 1987). Alves et al. (1998), mostraram que as endotoxinas e as bactérias infiltram no material obturador e influenciam os tecidos periapicais; sendo as endotoxinas capazes de difundir mais rapidamente do que as bactérias. Os dentes que foram tratados endodonticamente e por alguma razão ficaram sem o selamento por mais de 3 meses, necessitam de um retratamento (MAGURA et al., 1991).

2.4 MEDICAÇÃO INTRACANAL

A diminuição de microorganismos é observada após término do processo de sanificação e modelagem; contudo, a necessidade da medicação intracanal entre sessões é de grande importância, visando potencializar o efeito antimicrobiano, além de favorecer o processo de reparação tecidual (ESTRELA, 2004).

A escolha da medicação intracanal deve ser criteriosa, porque os curativos de demora que são capazes de controlar a infecção podem, também, provocar irritação ou destruição dos tecidos vivos (SOARES, GOLDBERG, 2001). O paramonoclorofenol canforado (PMCC) apresenta boa ação antisséptica e, em baixas concentrações, pequeno poder de agressão aos tecidos vivos.

Entretanto, havendo resíduos não removidos no interior do canal, o PMCC coagula a matéria orgânica tornando-se inefetivo.

A pasta de hidróxido de cálcio é outra opção que se pode utilizar. Além de sua ação antisséptica, ela estimula e/ou cria condições favoráveis ao reparo tecidual devido ao seu alto pH (BARBOSA et al., 1997). Leonardo et al. (1993), citam que o hidróxido de cálcio, por possuir elevada ação higroscópica, está indicado no tratamento de dentes que apresentam lesões de longa duração; logo, este tipo de medicação contribui para uma maior atividade antiinflamatória. Uma de suas características é de atuar como barreira física, prevenindo a reinfecção do canal, interrompendo o suprimento de nutrientes para as bactérias remanescentes (SIQUEIRA, UZEDA, 1997).

Outra medicação, a clorexidina, tem sido utilizada devido a sua eficácia no controle de placa bacteriana. Além de ser usada como irrigante intrarradicular, é utilizada como curativo de demora com algumas vantagens como, por exemplo, capacidade de adsorção às superfícies e substantividade (FAVA, 1990; LEONARDO et al., 1993; BARBOSA et al., 1997). A clorexidina tem mostrado propriedades antimicrobianas de longa duração (ação residual) devido à sua capacidade de se ligar reversivelmente às superfícies dentais, hidroxiapatita e mucinas salivares. Ela possui um largo espectro antimicrobiano podendo, portanto, ser usada efetivamente como solução irrigadora, desinfetando os túbulos dentinários.

2.5 TÉCNICAS

2.5.1 Técnicas de Desobturação do Canal Radicular

Para que possamos planejar corretamente o retratamento, primeiramente devemos obter um correto diagnóstico. Sendo assim, pode-se escolher a técnica a utilizar para remoção dos materiais obturadores nos canais radiculares (ESTRELA, 2004).

Pode-se encontrar no interior dos canais radiculares: cimentos, guta-percha, pastas, cones de prata, e instrumentos fraturados. Para sua remoção, há diversas técnicas de escolha, estando entre elas o uso de instrumentos manuais e/ou automatizados com auxílio de uma substância solvente (ESTRELA, 2004).

Neste tipo de tratamento, o uso de solventes é de grande importância e de relativa facilidade. No mercado odontológico, encontram-se vários tipos de substâncias que dissolvem a guta-percha; entre elas estão o clorofórmio, o eucaliptol, o óleo de laranja, o halotano, o metilclorofórmio, o turpetina retificada e o xilol (RODA, 2007).

Quando, na radiografia, observa-se uma má obturação em que o cone de guta-percha aparentemente está livre (solto dentro do canal), a remoção do material normalmente é de grande facilidade e pode ser feita com as limas Hedström de

calibre adequado. Já em outros casos, onde a obturação está bem compactada, no terço cervical pode-se lançar mão de dispositivos motorizados, instrumentos manuais ou então instrumentos aquecidos. Esses instrumentos criam um espaço no qual se coloca o solvente com o objetivo de solubilizar o material ali encontrado; após, pode-se utilizar as limas Hedström ou K em sentido apical. Com as limas Hedström, aplica-se apenas movimentos de vai e vem; e nas limas K realiza-se movimentos de penetração, rotação à direita e remoção (LOPES, SIQUEIRA, 2010).

Nos últimos anos, o sistema rotatório tem sido utilizado para a remoção da guta-percha, uso defendido pela grande eficácia nos retratamentos (RODA, 2007).

Utilizando o sistema rotatório, é importante prestar atenção para escolher um instrumento de calibre menor que o utilizado no tratamento anterior, para remover apenas o material obturador e não atuar contra as paredes dentinárias. Após a remoção desta guta percha, realiza-se o preparo químico mecânico. (LOPES, SIQUEIRA, 2010).

3 RELATO DE CASO

Paciente F.P.A., 28 anos de idade, sexo feminino, procurou por atendimento odontológico na clínica de Especialização em Endodontia na FO-UFRGS no final de 2015.

Ao exame clínico foi observada saúde gengival, sem presença de cárie. A paciente relatou ter realizado o tratamento endodôntico nos elementos 36 e 37 entre os anos de 2007 a 2009. A procura ao atendimento deveu-se ao surgimento de uma fístula na região dos molares no terceiro quadrante e dor no dente 36. O tratamento proposto pela primeira aluna que prestou atendimento na clínica de especialização, no ano de 2015, foi o retratamento endodôntico no 36 e proervação do 37. O retratamento do 36 foi concluído no dia 15 de janeiro de 2016. Contudo, em março, a paciente retornou à faculdade devido ao ressurgimento da fístula. Após exame clínico, foi solicitado aguardar 3 meses para uma nova proervação. Em junho, paciente retornou e foi encaminhada para a especialização novamente, sendo atendida por outra aluna. No primeiro momento, foi realizada uma radiografia de rastreamento com cone de guta percha, sendo que este se direcionou a raiz distal do 36 (Figura 1). Além de apresentar uma fístula ativa, havia uma fratura na parede lingual profunda que se estendia subgengivalmente. Neste dente (36), já havia sido realizado um tratamento endodôntico e um retratamento; portanto, já havia um desgaste excessivo nas paredes dentinárias devido às duas intervenções. Além deste desgaste, havia uma fratura profunda na parede lingual chegando próximo a região da furca. Detalhe a considerar: a paciente sofria de bruxismo.



Figura 1: Rastreamento da fístula no dia 17/06/2016.

O tratamento proposto para paciente foi a exodontia do elemento 36 e um retratamento no elemento 37 já que a lesão periapical persistia. A indicação da extração do 36 foi devido a fratura da parede lingual atingindo a região subgingival. As opções de tratamento para substituição do dente 36 foram o implante, a prótese ou o uso de aparelho fixo para que os dentes 37 e 38 ocupassem os lugares do 36 e 37. A paciente optou pelo uso do aparelho ortodôntico.

O retratamento do 37 iniciou-se dia 17/06/2016, sendo realizadas várias consultas até a finalização do caso, no dia 15/09/2016. Para a remoção da guta percha nos canais radiculares foram utilizados as limas Hedström e o solvente de óleo de laranja (Figuras 2). Entre as sessões, até finalizar a desobturação, foi utilizado como medicação intracanal o tricresol. Após o completo preparo químico mecânico (onde foi preparado com o sistema rotatório), foi aplicado como medicação intracanal o ultracal. O desaparecimento da fístula iniciou quando o dente 36 foi extraído na Residência em Cirurgia da UFRGS (Figura 3).



Figura 2: Odontometria no dia 04/08/2016.

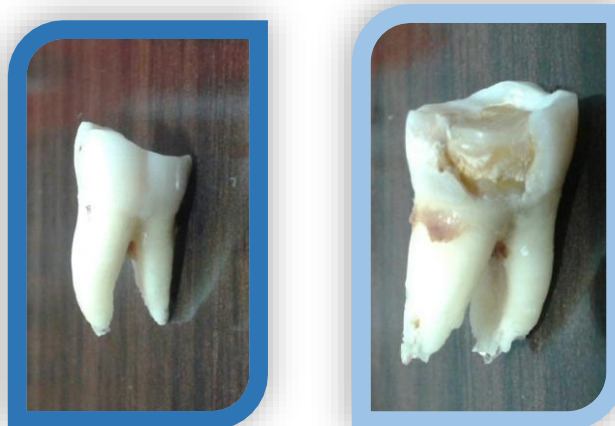


Figura 3: Exodontia do elemento 36 – Agosto 2016.

A colocação do aparelho fixo aconteceu durante o retratamento do 37; contudo, não instalaram banda neste dente até determinarmos o momento mais adequado. O intuito foi não exercer força neste elemento até a observação de reparo. Na semana que seria realizada a obturação (25/08/2016), a paciente teve um episódio de tensão, onde o dente 37 ficou levemente dolorido; neste dia, foi realizado troca de medicação intracanal.

Após duas semanas (15/09/2016), a paciente retornou ao atendimento e relatou que sentia uma leve sensibilidade quando mastigava algo mais consistente. Neste dia foi obturado o canal (cone mestre #30 para cada canal, cimento obturador AH Plus, condensação lateral e uso da Mc Spadden), selado com resina composta e ajuste oclusal, e foi reagendada uma consulta de proervação para 30 dias (Figura 4 e 5).



Figura 4: Conometria no dia 15/09/2016.



Figura 5: Obturação no dia 15/09/2016.

No retorno (20/10/2016) a paciente comentou que a sensibilidade diminuiu bastante; foi então realizado uma nova radiografia e novo ajuste oclusal (Figura 6). Um mês após a última consulta, entrou-se em contato por telefone com a paciente para saber como estava a sensibilidade do elemento dentário, e ela comentou que não tinha mais sintomatologia dolorosa; contudo, uma fístula apareceu novamente na mesma região (Figura 7). Foi reagendada a consulta (09/12/2016), e a paciente apresentava apenas uma área de cicatrização onde antes havia a fístula. Com um cone de guta-percha nº 35, foi feito uma radiografia de rastreamento (Figura 8). Com o exame radiográfico em mãos, observa-se que o cone de guta percha não se direciona na região periapical do 37. Não havia bolsa periodontal e a presença da fístula, conjecturou-se, ser de algum resquício da infecção do 36 antes da extração.



Figura 6: 1ª proervação no dia 20/10/2016.



Figura 7: fotos enviadas pela paciente, a primeira realizada no dia 10/11/2016 e a segunda no dia 21/11/2016.



Figura 8: 2ª proervação no dia 09/12/2016.

No dia 13/01/2017, houve uma nova consulta de proervação do 37. Paciente relatou que não havia sintomatologia neste dente durante este período. Foram realizados os testes de percussão horizontal/vertical e palpação digital, sendo que foram todos negativos. Havia uma cicatrização da fístula e foi introduzido nesta região um cone de guta percha nº 35. Foi realizada uma radiografia de rastreamento; contudo, o local que se dirigia o cone de guta percha era na camada superficial da mucosa oral (Figura 9). Foram realizados novos exames periodontais e não houve alterações.



Figura 9: 3ª proervação no dia 13/01/2017.

A região onde ocorre a fístula, pode se dever a uma espícula óssea; resultante da exodontia do 36 realizada em agosto de 2016. Não há problema endodôntico nem periodontal, já podendo ser observado um reparo na lesão endodôntica. Com este reparo, pode-se pensar em movimentar o dente 37 ortodonticamente.

No dia 07/04/2017, paciente retornou para mais uma proservação. Nos exames clínicos, não apresentava sensibilidade a percussão vertical/horizontal e a palpação apical; ausência de fístula. Ao exame radiográfico, observa-se reparo (Figura 11). Nesta data, paciente já apresentava bráquete no 37 e tubo no 38. Relatou pequena sensibilidade após a colocação do bráquete, do tubo e do fio ortodôntico nestes dentes, característica comum nos tratamentos ortodônticos. A próxima avaliação está programada para julho de 2017.



Figura 10: 4ª proservação no dia 07/04/2017.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O retratamento endodôntico é de grande importância para combater as bactérias ainda presentes no sistema de canais radiculares nos dentes que apresentam sinais clínicos e radiográficos. O acompanhamento destes casos é necessário para poder observar o reparo nas lesões que estavam presentes.

Além da preservação, uma adequada restauração/prótese se faz necessária para se obter um sucesso no caso. Portanto, ao término do tratamento endodôntico, deve-se programar para reabilitar o elemento dentário o quanto antes.

Com as novas tecnologias no ramo da Endodontia, retratar se torna mais fácil. Podem ser utilizados instrumentos motorizados, ultrassom; além desses, os nossos antigos instrumentos: broca largo/gates, limas manuais e os solventes.

Muitas vezes, o dente está assintomático, e a descoberta que há necessidade de retratamento é por achado radiográfico. É de fundamental importância a preservação dos dentes já tratados endodonticamente, só assim acompanharemos a regressão da lesão e dos sintomas.

Ao receber um caso para retratamento, deve-se estar atento para observar quantas vezes houve intervenção endodôntica no elemento dentário, se está viável uma nova tentativa de tratamento. Como no caso relatado anteriormente, a estrutura estava muito fragilizada para receber uma nova intervenção, onde se optou pela extração.

No relato de caso clínico, foram relevantes as diversas preservações, pois será reposicionado o dente (através da movimentação ortodôntica), para que este tenha função. Este acompanhamento foi importante para observar o ressurgimento da fístula e a sua regressão, sendo que esta foi originada, supostamente, pela exodontia do 36, provocado por uma espícula óssea.

Após cada tratamento endodôntico, o dentista deve salientar ao paciente que este deve retornar as consultas de preservação; pois, suas vindas as consultas semestrais ou anuais são fatores positivos para que seja observado um possível reparo na lesão antes existente. Além da radiografia a ser realizada, observa-se a

restauração/prótese se não há infiltração para que esta não comprometa o sucesso do tratamento endodôntico.

REFERÊNCIAS

ALLEN R.K.; NEWTON C.W.; BROW JR. C.E. A statistical analysis of surgical and nonsurgical endodontic retreatment cases. **J Endod**, v.15, n. 6, p.261-65, Jun 1989.

ALVES J.; WALTON R.; DRAKE D. Coronal leakage: endotoxin penetration from mixed bacterial communities through obturated, postprepared root canals. **J Endod**, v. 24, n. 9, p.587-91, Sep 1998.

BARBOSA C.A.; GONÇALVES R.B.; SIQUEIRA JR.; UZEDA M. Evaluation of the antibacterial activities of calcium hydroxide, chlorhexidine and camphorated paramonochlorophenol as intracanal medicament. A clinical and laboratory study. **J Endod**, v. 23, n. 5, p. 227–300, May 1997.

BAUMGARTNER J.C.; FALKER JR. W.A. Bacteria in the apical 5 mm of infected root canals. **J Endod**, v. 17, n. 8, p. 380-83, Aug 1991.

BRAMANTE, C. M.; FREITAS, C. V. J. Retratamento endodôntico: estudo comparativo entre técnica manual, ultra-som e Canal Finder. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v.12, n.1, p.13-17, jan/mar, 1998.

CARR, G.B. Retratamento. In: Cohen S & Burns R. **Caminhos da Polpa**, 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

ESTRELA, C. **Ciência Endodôntica**. Artes Médicas, São Paulo, v. 2, 2004.

FAVA L.R. Efeito antibacteriano das pastas de hidróxido de cálcio. Revisão. **Rev Paul de Odontol**, v. 1, p. 10-16, Jan 1990.

FRIEDMAN, S.; STABHOLZ, A. Endodontic retreatment-case selection and technique. Part 1: Criteria for case selection. **J Endod**, v. 12, n. 1, p. 28-33, Jan 1986.

GOMES B.P.; LILLEY J.D.; DRUCKER D.B. Variations in the susceptibilities of components of the endodontic microflora to biomechanical procedures. **Int Endod J**, v. 29, n. 4, p. 235-41, Apr 1996 .

HELPER A.R.; MELNICK S.; SCHILDER H. Determination of the moisture content of vital and pulpless teeth. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 34, n. 4, p. 661-70, Oct 1972.

HOEN M.M.; PINK F.E. Contemporary endodontic retreatments: Na analysis based on clinical treatment findings. **J Endod**, v. 28, n. 12, p. 834-36, Dec 2002.

HOMMEZ G.M.; COPPENS C.R.; DE MOOR R.J. Periapical health related to the quality of coronal restorations and root fillings. **Int Endod J**, v. 35, n. 8, p. 680-9, Aug 2002 .

IMURA N.; ZUOLO M.L. Restauração Intra-radicular. In: IMURA N.; ZUOLO M.L. **Endodontia para o clínico geral**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 207 -227.

LEONARDO M.R.; SILVA R.E.; SILVA L.A. Penetrabilidade do curativo de demora no sistema de canal radicular. Avaliação de diferentes produtos. **RGO**, v. 41, n. 4, p. 41-44, Apr 1993 .

LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR, JF. **Endodontia: Biologia e técnica**. 3. ed. Rio de Janeiro Guanabara Koogan, 2010.

LOPES, H.P.; SIQUEIRA JR, JF. **Endodontia: Biologia e Técnica**. 2. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2004.

MAGURA M.E. Human saliva coronal microleakage in obturated root canals: an in vitro study. **J Endod**, v.17, n.7, p.324-31, Jul 1991.

MESSER H. H.; WILSON P.R. Preparo para restauração e colocação de provisórios. In: WAL TON R. E.; TORABINEJAD M. **Princípios e prática em endodontia**. 2.ed. São Paulo: Santos Liv., 1997. cap.15, p.261-276.

NAIR P.N.R. On the causes of persistent apical periodontitis: a review. **Int Endod J**, v. 39, n. 4, p. 249-81, Apr 2006.

NAIR P.N.R.; SJOGREN U.; SUNDQVIST G. Cholesterol crystals as a etiological factor in non-resolving chronic inflammation; an experimental study in Guinea pigs. **Eur J Oral Sci**, v. 106, s. 2, p. 644-50, Apr 1998.

PAPA J.; CAIN C.; MESSER H.H. Moisture content of vital vs endodontically treated teeth. **Endod Dent Traumatol**, v. 10, n. 2, p.91-3, Apr 1994.

PILO R. et al. Effect of core stiffness on the in vitro fracture of crowned, endodontically treated teeth. **J Prosthet Dent**, v. 88, n. 3, p. 302- 6, Sep 2002.

RAY H.A.; TROPE M. Periapical status of endodontically treated teeth in relation to the technical quality of the root filling and the coronal restoration. **Int Endod J**, v. 28, n. 1, p. 12-8, Jan 1995.

REEH E.S.; MESSER H.H.; DOUGLAS W.H. Reduction in tooth stiffness as a result of endodontic and restorative procedures. **J Endod**, v. 15, n. 11, p. 512-6, Nov 1989.

RIVERA E.M.; YAMAUCHI M. Site comparisons of dentine collagen cross-links from extracted human teeth. **Arch Oral Biol**, v. 38, n. 7, p. 541- 6, Jul 1993.

RODA; GETTLEMAN. Retratamento Não-cirúrgico. In: COHEN S, HARGERAVES K.M. **Caminhos da Polpa**. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. Cap. 25, p. 944-1010.

SAUNDERS W.P.; SAUNDERS E.M. Coronal leakage as a cause of failure in root canal therapy: a review. **Endod Dent Traumatol**, v. 10, p. 105-08, Jun 1994.

SEDGLEY C.M.; MESSER H.H. Are endodontically treated teeth more brittle? **J Endod**, v. 18, n. 7, p. 332-35, Jul 1992 .

SEGURA-EGEA J.J.; JIMENEZ-PINZÓN A.; POYATO-FERRERA M.; VELASCO-ORTEGA E.; RIOS-SANTOS J.V. Periapical status and quality of root fillings and coronal restoration in an adult Spanish population. **Int Endod J**, v. 37, n. 8, p. 525-30, Aug 2004.

SIQUEIRA JR. J.F.; UZEDA M. Intracanal medicaments: evaluation of the antibacterial effects of chlorhexidine, metronidazole, and calcium hydroxide associated with three vehicles. **J Endodon**, v. 23, n. 3, p. 167-69, Mar 1997.

SIQUEIRA JR. J.F. A etiology of root canal treatment failure: why well-treated teeth can fail. **Int Endod J**, v. 39, n. 39:249-81, 2006.

SOARES I.J.; GOLDBERG F. **Endodontia: técnica e fundamentos**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

EUROPEAN SOCIETY OF EDONTOLOGY. Consensus report of the European Society of Endodontology on quality guidelines for endodontic treatment. **Int Endod J**, v. 27, p. 115-124, May 1994.

SOMMA, F. et al. The effectiveness of manual and mechanical instrumentation for the retreatment of three different root canal filling materials. **J Endod**, v. 34, n. 4, p. 466-69, Apr 2008.

STABHOLZ; WALTON R. Evaluation success and failure. In: Walton R & Torabinejad M. **Principles and practice of endodontics**, 2^a ed. WB Saunders, 1996.

STUART C.H.; SCHWARTZ S.A.; BEESON T.J.; OWATZ C.B. Enterococcus faecalis: Its role in root canal treatment failure and current concepts in retreatment. **J Endod**, v. 32, n. 2, p. 93-8, Feb 2006.

SUNDQVIST G. Ecology of the root canal flora. **J Endod**, v. 18, n. 9, p. 427-30, Sep 1992.

SWANSON K.; MADISON S. An evaluation of coronal microleakage in endodontically treated teeth. Part I. Time periods. **J Endod**, v. 13, n. 2, p.56-9, Feb 1987.

TORABINEJAD M.; UNG B.; KETTERING J. D.; In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. **J Endod**, v. 16, n. 12, p. 566-69, Dec 1990.