

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANA PAULA DA SILVA

MANEJO DE CANAIS RADICULARES NA PRESENÇA DE INSTRUMENTO
FRATURADO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Porto Alegre

2019

ANA PAULA DA SILVA

MANEJO DE CANAIS RADICULARES NA PRESENÇA DE INSTRUMENTO
FRATURADO: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de conclusão apresentado ao curso de Especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Fabiana Soares Grecca.

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, Antônio e Roseli, minha base e porto seguro em todos os momentos da jornada da minha vida. Infinita é a minha gratidão por todo amor, carinho, cuidado e apoio. Obrigada por sonharem comigo e me darem suporte para realizar meus sonhos.

Ao meu namorado, Yuri, por todo incentivo, carinho, paciência, obrigada por caminhar ao meu lado e sempre me apoiar.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Fabiana Grecca, por todo ensinamento passado, pela paciência e dedicação.

RESUMO

Dificuldades anatômicas radiculares como canais com curvatura e atrésicos poderão ser encontradas ao longo do tratamento endodôntico. Mesmo com todos os avanços tecnológicos, acidentes como fraturas de instrumentos ainda são uma grande preocupação, podendo afetar negativamente o resultado do tratamento. O manejo de instrumentos fraturados pode ocorrer através de abordagens clínicas conservadoras ou abordagem cirúrgica. Este relato de caso descreve a tentativa de remoção de um instrumento rotatório de NiTi fraturado no canal méso-palatino de um primeiro molar superior direito.

PALAVRAS-CHAVE: Endodontia, acidentes em endodontia, instrumento fraturado.

ABSTRACT

Anatomical difficulties, such as canals with marked curvature and atresia may be encountered throughout treatment. Even with all the technological advances employed to improve the treatment, accidents such as fractures are still a major concern, which may negatively affect treatment outcome. The management of fractured instruments may occur through conservative clinical approaches or surgical approach. This case report describes the attempt to remove a fractured NiTi rotary instrument in the medio-palatine canal of a right upper first molar.

KEYWORDS: Endodontics, endodontic accidents, fractured instrument.

SUMÁRIO

1	ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVA.....	7
2	RELATO DE CASO.....	10
2.1	Primeira consulta.....	10
2.2	Segunda consulta.....	11
2.3	Terceira consulta.....	11
2.4	Quarta consulta.....	12
2.5	Quinta consulta.....	12
2.6	Sexta consulta.....	13
3	DISCUSSÃO.....	15
4	CONCLUSÃO.....	17
	REFERÊNCIAS.....	18
	ANEXO A.....	20

1 ANTECEDENTES E JUSTIFICATIVA

A terapia endodôntica tem como principal objetivo a desinfecção do sistema de canais radiculares através do preparo químico-mecânico e, posteriormente, sua obturação com um material que possua adequado selamento e seja biocompatível com os tecidos periapicais (VERTUCCI & FLA, 1984; GOMES et al., 2009). Entretanto, dificuldades anatômicas, como canais com curvatura acentuada e canais atrésicos podem ser encontradas ao longo do tratamento (LEONARDO, 2005).

Com vistas a facilitar o tratamento endodôntico e melhorar o preparo dos canais radiculares instrumentos de níquel-titânio (NiTi) acionados a motor em movimento rotatório ou recíprocante vêm sendo empregados. Entre as vantagens do uso desses instrumentos podemos citar a simplicidade de aplicação, rapidez, redução do “stress” por parte do profissional, maior conforto para o paciente, segurança, maior custo benefício e manutenção da forma original do canal (GLOSSON et al., 1995; SCHAFFER & FLOREK, 2003; YARED, 2004; LEONARDO, 2005).

Walia, Brantley e Gerstein (1988), foram os primeiros a utilizar a liga de NiTi para instrumentação do canal radicular. Na época, esses autores já descreviam a notável superioridade elástica desta liga em comparação com instrumentos manuais de aço inoxidável. Os instrumentos manuais apresentam duas a três vezes menos elasticidade, bem como resistência inferior à fratura torcional tanto no sentido horário quanto no sentido anti-horário (WALIA, BRANTLEY E GERSTEIN, 1988).

Para otimizar a microestrutura das ligas de NiTi várias tecnologias de processamento e fabricação vem sendo desenvolvidas nos últimos anos, principalmente o tratamento térmico da liga, como MWire, CM Wire (SCHEN et al., 2013). Suas características de superelasticidade e efeito memória de forma são especialmente importantes na Endodontia. É descrito que a liga de NiTi suporta até 8% de deformação enquanto que o aço inoxidável consegue suportar menos de 1% de deformação (SCHEN et al., 2013).

O efeito memória de forma está presente em duas estruturas cristalinas, austenítica e martensítica, e vai variar de acordo com a temperatura. Quando aquecemos a martensita ela começa a se transformar em austenita, quando o processo se completa a liga está com suas características de superelasticidade e

efeito memória de forma. Se esfriamos a austenita ela novamente começa a se transformar em martensita (THOMPSON et al., 2000).

Mesmo com todos os avanços tecnológicos empregados para melhorar a liga de NiTi, acidentes como fraturas ainda são uma grande preocupação, especialmente em canais com curvatura acentuada e canais atrésicos, podendo afetar negativamente o resultado do tratamento (KAVVAL et al., 2017). Segundo Parashos & Messer (2006), fatores como *design* do instrumento, processo de fabricação, dinâmica de uso do instrumento, configuração do canal, técnica de preparo/instrumentação, número de usos, processo de limpeza e esterilização têm sido associados à propensão para a fratura de instrumentos.

Autores têm descrito dois mecanismos que podem levar a fratura do instrumento de NiTi, a saber, fadiga cíclica e sobrecarga por torção (CHEUNG^a, 2009). Ocorre fadiga cíclica quando o instrumento, dentro de seu limite elástico, gira em um canal curvo (LOPES et al., 2013). Conforme o instrumento gira pela curvatura, ciclos de tensão e compressão são gerados repetidamente no ponto de máxima flexão até que a fratura ocorra (PRUETT et al., 1997; LOPES et al., 2009). Temos fratura por torção quando a ponta do instrumento trava no canal e o seu longo eixo continua girando, excedendo a resistência final do material (PARASHOS & MESSER, 2006; SCHEN et al., 2013).

O manejo de instrumentos fraturados pode ocorrer através de abordagens clínicas conservadoras (ultrassom, kit Masserann, sistema Canal Fynder) ou abordagem cirúrgica (cirurgia parendodôntica). Dentre as possibilidades clínicas temos a ultrapassagem do fragmento e sua remoção, a ultrapassagem do fragmento sem sua remoção e o tratamento (limpeza e modelagem) do canal radicular até a altura do instrumento e sua obturação.

Embora a remoção de um instrumento fraturado seja um procedimento difícil, que requer experiência e conhecimento de técnicas e dispositivos a serem utilizados, esta opção seria ideal para que a limpeza e a modelagem do sistema de canais radiculares possam ser efetivamente concluídas, eliminando assim os microorganismos (MADARATI et al., 2013).

Porém, fatores como anatomia do canal, diâmetro e curvatura, localização e tamanho do instrumento e encravamento do instrumento nas paredes do canal devem ser avaliados previamente, uma vez que, os mesmos podem influenciar no

sucesso ou no insucesso da remoção (HULSMANN & SCHINKEL, 1999; MADARATI et al., 2013).

De acordo com alguns autores, o instrumento fraturado em si pode não causar a falha do tratamento, mas qualquer erro que comprometa o controle microbiano provavelmente irá aumentar o risco de fracasso (PANITVISAI et al., 2010; CHOKSI et al., 2013).

Este relato de caso tem como objetivo descrever o manejo de canais radiculares na presença de um instrumento rotatório de NiTi fraturado no canal méso-palatino de um primeiro molar superior direito e revisar brevemente a literatura.

2 RELATO DE CASO CLÍNICO

É importante salientar que as três primeiras consultas do paciente foram realizadas por um profissional e, a partir da quarta consulta um segundo profissional assumiu o caso e o finalizou.

2.1 Primeira consulta

Paciente MBC, sexo masculino, chegou à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, através de encaminhamento, com queixa prévia de dor espontânea na região de molares superiores do lado direito (dente 16). O paciente relatou ter sido atendido no setor de urgência de outra instituição, antes deste atendimento.

Durante a anamnese o paciente relatou não fazer uso de nenhuma medicação de uso contínuo e não relatou nenhum problema de saúde pregresso. Foi realizado exame clínico onde foi observado que o paciente estava com material restaurador provisório na face oclusal do dente. A resposta aos testes de sensibilidade pulpar, percussão vertical e horizontal foi positiva, já em relação ao teste de digitação apical foi negativa. O paciente não apresentava edema, fístula ou mobilidade no dente. A radiografia periapical do dente mostrou acesso coronário realizado no dente 16 e ausência de imagem sugestiva de lesão periapical endodôntica (Figura 1).



Figura 1. Radiografia inicial dente 16.

Em todas as consultas foi realizada anestesia infiltrativa (Nova DFL, Taquara, RJ, BR), isolamento absoluto, irrigação com hipoclorito de sódio na concentração de 2,5%, e selamento duplo com material restaurador provisório (CaiTHEC, São José

dos Pinhais, PR, BR) e cimento de ionômero de vidro (CIV) quimicamente ativado (Maxxion R, FGM, Joinville, SC, BR).

2.2 Segunda consulta

Após a remoção do material restaurador e do curativo de demora foi realizado um refinamento da abertura coronária com broca Endo Z (Dentsply Maillefer, Tulsa, OK, USA).

Foram localizados quatro canais, disto vestibular (DV), méso-vestibular (MV), méso-palatino (MP) e palatino (P). Após a penetração desinfetante, foi realizada a odontometria radiográfica (no prontuário não estava descrito quais limas foram utilizadas) por meio do sensor digital (Durr Dental, Porto Alegre, RS, BR) e aparelho radiográfico (Gnatus, Barretos, SP, BR) com tempo de exposição de 0,1 segundos. As medidas dos canais foram estabelecidas em 19mm para os canais MV e DV, 21mm para o canal MP e 23mm para o canal P (Figura 2).

Os canais foram então medicados com tricresol formalina (Biodinâmica, Ibiporã, PR, BR) e selados com material restaurador provisório e CIV.

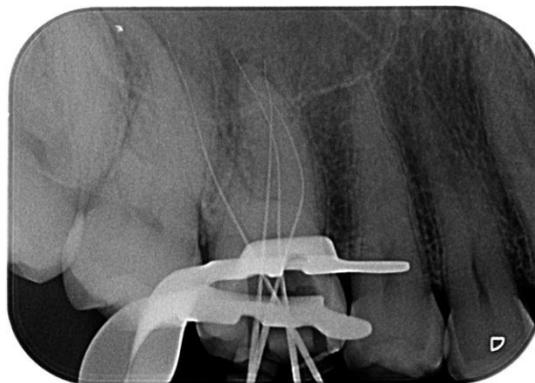


Figura 2. Radiografia odontométrica.

2.3 Terceira consulta

Na consulta seguinte foi realizado o preparo químico-mecânico (PQM) dos canais DV, MV e P (no prontuário do paciente não estava descrito quais limas foram usadas no preparo dos canais, se foram instrumentos manuais ou sistema mecanizado). Não havia descrito se foi realizado preparo cervical antes da realização do PQM. Durante o preparo do canal MP, houve fratura de instrumento rotatório de glide path de calibre 25.01 (Pro Design Logic, EASY, Belo Horizonte, MG, BR). Os canais foram então medicados com pasta de hidróxido de cálcio

(Ultradent, South Jordan, UT, USA) e o dente selado, por meio do selamento duplo, com material selador provisório e CIV.

2.4 Quarta consulta

Em outra sessão, após 3 meses, devido ao recesso escolar, foi realizada uma tomada radiográfica na qual observou-se que o fragmento de lima estava ocupando toda a extensão do canal MP e a presença de lesão periapical na raiz mesial (Figura 3). A primeira opção de tratamento foi tentar remover o fragmento de instrumento fraturado do interior do canal.

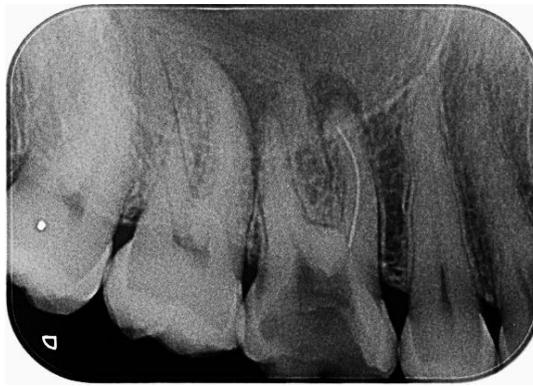


Figura 3. Radiografia mostrando instrumento fraturado e lesão endodôntica na raiz mesial.

Após a remoção do curativo de demora e exploração dos canais foi realizada odontometria eletrônica para confirmar comprimentos previamente estabelecidos pelo outro profissional. No canal P foi estabelecido o comprimento de 22mm e nos canais DV e MV foi estabelecido 20mm. Todos os canais foram então instrumentados com Lima 25.07 da Wave-One Gold (Dentsply Sirona, São Paulo, SP, BR), em movimento recíprocante, e foi realizada instrumentação apical do canal P até instrumento de ponta #40 tipo Kerr (Dentsply Maillefer, Tulsa, OK, USA). Nesta consulta não houve intervenção no canal MP.

4.5 Quinta consulta

Durante essa consulta foi feita a tentativa de remoção do instrumento fraturado no canal MP com insertos de ultrassom E5, E18 e E4D (Helse Ultrasonic, Santa Rosa de Viterbo, SP, BR), auxílio do microscópio óptico (Alliance, São Carlos, SP, BR) e radiografias trans-operatórias, mas não obtivemos sucesso. Ao analisar

as radiografias foi observado que o canal estava sendo desviado e desgastado em demasia, optamos então por parar de tentar remover pelo risco de causar uma perfuração (Figura 4).

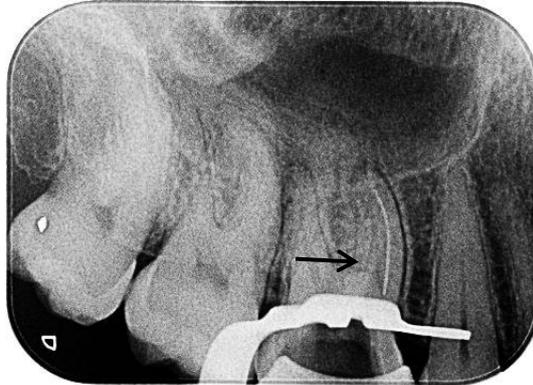


Figura 4. Imagem radiográfica onde se observa desgaste da região próxima a furca, no terço cervical do canal MP (seta).

Foi feita a tentativa de ultrapassar o instrumento fraturado com lima tipo Kerr #10 (Dentsply Maillefer, Tulsa, OK, USA), que obteve sucesso. O canal MP foi então preparado manualmente com limas K-FlexoFile #10, #15, #20, #25, #30 (Dentsply Maillefer, Tulsa, OK, USA). Todos os canais foram medicados com pasta de hidróxido de cálcio e o dente foi selado com selamento duplo.

2.6 Sexta consulta

Em outra sessão, após o paciente ter ficado trinta e cinco dias com a medicação e não apresentar sintomatologia, foi realizada a obturação dos canais radiculares. O curativo de demora e a medicação intracanal foram removidos e foi realizado o toailete final com EDTA 17% (Biodinâmica, Ibioporã, PR, BR) e soro fisiológico. A prova dos cones foi feita com cones calibrados (25.07, Wave One Gold) da mesma marca das limas de preparo (Dentsply Sirona, São Paulo, SP, BR) (Figura 5A).

A obturação foi realizada com cimento AH Plus (Dentsply Maillefer, Tulsa, OK, USA) pela técnica híbrida de Tagger utilizando o compactador de McSpadden (Dentsply Maillefer, Tulsa, OK, USA). O excesso de material obturador foi removido com um calcador de Paiva (Golgran, São Caetano do Sul, SP, BR) aquecido, foi realizada a condensação vertical com calcadores de Paiva e a câmara pulpar limpa com bolinhas de algodão embebidas em álcool. As entradas dos canais foram

recobertas com cavitec. A câmara pulpar foi selada com CIV. Foi realizada radiografia final (Figura 5B).

O paciente foi encaminhado para restauração definitiva na clínica de extensão de dentes tratados endodonticamente da FO-UFRGS. O paciente será rechamado para controle a cada seis meses.



Figura 5. A-Radiografia conométrica. B- Radiografia final.

3 DISCUSSÃO

A etapa do preparo químico-mecânico é primordial para a eliminação dos microorganismos presentes no sistema de canais radiculares e, é nessa fase do tratamento que acidentes indesejáveis, como fraturas de instrumentos, podem acontecer.

Fraturas por torção e por flexão são descritas como as mais comuns. Para evitar acidentes de fratura por torção aconselha-se deixar a ponta do instrumento livre no interior do canal, irrigação abundante e prévia exploração do canal (LEONARDO, 2008). Fazer uso de instrumentos com menor conicidade e diâmetro em canais com curvatura acentuada, seguir a velocidade recomendada pelo fabricante e não deixar o instrumento parado no interior do canal radicular são algumas atitudes que ajudam a diminuir o risco de fratura por flexão (LEONARDO & LEONARDO, 2009).

No caso clínico em questão, foi durante o *glide path*, ou seja, na exploração e realização da patência, a fase mais inicial do preparo, que o instrumento fraturou, provavelmente uma fratura torcional. Muitos artigos tem citado a importância de se realizar o *glide path* para diminuir os riscos de fratura torcional dos instrumentos durante o preparo dos canais radiculares. Como afirmam Raeesi et al. (2018), o glide path assegura uma redução do esforço de torção e aumenta assim a vida útil do instrumento rotatório utilizado para o preparo do canal radicular. Especialmente em canais radiculares curvos, a criação de um *glide path* é o primeiro passo do preparo químico mecânico dos canais (OZER et al., 2017).

Instrumentos usados para estabelecer o glide path devem ser flexíveis o suficiente para seguir a curvatura do canal radicular e ser fortes o suficiente para resistir ao estresse de torção ou fratura. Sua resistência à fratura é tão importante quanto a dos instrumentos utilizados para modelagem o canal (RAEESI et al., 2018). O instrumento de patência utilizado neste caso clínico era de rotação contínua. De acordo com Cheung^b & Liu (2009) a utilização destes instrumentos traz mais benefícios como menor extrusão de detritos e menor consumo de tempo, se comparados com instrumentos de patência manuais.

No presente caso clínico a opção inicial de tratamento foi a remoção do instrumento fraturado, uma vez que o mesmo estava visível clinicamente.

Frequentemente a tomada de decisão clínica após uma fratura do instrumento endodôntico é estabelecida com base na posição do instrumento no canal avaliado através de radiografias (OZER et al., 2017). Ainda, de acordo com OZER et. al (2017), parece apropriado que a opção ideal de manejo seja a remoção do fragmento, de modo que a limpeza e a modelagem do sistema de canais radiculares possam ser efetivamente concluídas. Todavia, remover um instrumento fraturado é um processo que requer treinamento, experiência e conhecimento dos métodos, técnicas e dispositivos especiais (MADARATI et al., 2013). Mesmo utilizando tecnologias modernas, como ultrassom e microscopia, não houve êxito na remoção do instrumento.

A tentativa de remoção parou quando através de radiografias trans operatórias foi possível observar que estava ocorrendo excessivo desgaste das paredes internas do canal radicular e que havia risco de desvio e perfuração. Além disso, o instrumento apresentava sua ponta presa nas paredes dentinárias.

Quando a remoção de instrumentos do interior do canal não for possível, fatores como contaminação prévia e ultrapassagem ou não do instrumento devem ser levadas em conta. Neste caso, o instrumento foi ultrapassado lateralmente e o canal foi preparado de modo que não houve prejuízo na limpeza e modelagem e obturado no comprimento adequado. Ozer et al. (2017) cita que o nível de desinfecção é mais importante do que qualquer outro problema no momento da fratura do instrumento. Com base nas melhores evidências disponíveis atualmente, quando um fragmento de instrumento fraturado é deixado dentro de um canal radicular, o prognóstico do tratamento endodôntico não é significativamente reduzido (PANITVISAI et al., 2010).

4 CONCLUSÃO

Neste relato de caso, levando em consideração a situação clínica inicial do dente e que, embora o instrumento não tenha sido removido, o canal foi preparado e selado adequadamente, podemos considerar o prognóstico como favorável, entretanto, radiografias de controle e consultas de preservação são necessárias.

REFERÊNCIAS

- CHEUNG^a, G. S. P. Instrument fracture: mechanisms, removal of fragments, and clinical outcomes. **Endod. Topics**, Oxford, v. 16, n. 1, p. 1-26, Apr. 2009.
- CHEUNG^b, G. S. P.; LIU, C. S. Y. A Retrospective Study of Endodontic Treatment Outcome between Nickel-Titanium Rotary and Stainless Steel Hand Filing Techniques. **J. Endod.**, New York, v. 35, n. 7, p. 938-43, July 2009.
- CHOKSI, D. et al. Management of an Intracanal Separated Instrument: A Case Report. **Iran. Endod. J.**, Tehran, v. 8, n. 4, p. 205-7, Oct. 2013.
- GLOSSON, C. R. et al. A comparison of root canal preparations using Ni-Ti hand, Ni-Ti engine-driven, and K-Flex endodontic instruments. **J. Endod.**, New York, v. 21, n. 3, p. 146-51, Mar. 1995.
- GOMES, B. P. F. A. et al. Antimicrobial action of intracanal medicaments on the external root surface. **J. Dent.**, v. 37, n. 1, p. 76-81, Jan. 2009.
- HULSMANN, M.; SCHINKEL, I. Influence of several factors on the success or failure of removal of fractured instruments from the root canal. **Endod. Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 15, n. 6, p. 252-8, Dec. 1999.
- KAVAL, M. E. et al. Comparative evaluation of cyclic fatigue resistance of four different nickel-titanium rotary files with different cross-sectional designs and alloy properties. **Clin. Oral Invest.**, Berlin, v. 21, n. 5, p. 1527-30, Jun. 2017.
- LEONARDO, M. R. **Endodontia**: tratamento de canais radiculares – princípios técnicos e biológicos. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2005. v. 2.
- LEONARDO, M. R. **Endodontia**: tratamento de canais radiculares – princípios técnicos e biológicos. 2 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.
- LEONARDO, M.R.; LEONARDO, R.T. **Endodontia**: conceitos biológicos e recursos tecnológicos. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
- LOPES, H. P. et al. Comparison of the Mechanical Properties of Rotary Instruments Made of Conventional Nickel-Titanium Wire, M-Wire, or Nickel-Titanium Alloy in R-Phase. **J. Endod.**, New York, v. 39, n. 4, p. 516-20, Apr. 2013.
- LOPES, H. P. et al. Influence of rotational speed on the cyclic fatigue of rotary nickel-titanium endodontic instruments. **J. Endod.**, New York, v. 35, n. 7, p. 1013-6, July 2009.
- MADARATI, A. A.; HUNTER, M. J.; DUMMER, P. M. H. Management of Intracanal Separated Instruments. **J. Endod.**, New York, v. 39, n. 5, p. 569-81, May 2013.
- OZER S. Y. et al. A comparative study of cone-beam computed tomography and periapical radiographs in decision-making after endodontic instrument fractures. **Int. J. Artif. Organs.**, v. 40, n. 9, p. 510-14, Sep. 2017.

PANITVISAI, P. et al. Impact of a Retained Instrument on Treatment Outcome: A Systematic Review and Meta-analysis. **J. Endod.**, New York, v. 36, n. 5, p. 775-80, May 2010.

PARASHOS, P.; MESSER, H. H. Rotary of NiTi Instrument Fracture and its Consequences. **J. Endod.**, New York, v. 32, n. 11, p. 1031-43, Nov. 2006.

PRUETT, J. P.; CLEMENT, D. J.; CARNES Jr., D. L. Cyclic Fatigue Testing of Nickel-Titanium Endodontic Instruments. **J. Endod.**, New York, v. 23, n. 2, p. 77-85, Feb. 1997.

RAEESI, D. A. et al. Mechanical Properties of Glide Path Preparation Instruments with Different Pitch Lengths. **J. Endod.**, New York, v. 44, n. 5, p. 864-68, May 2018.

SCHAFER, E.; FLOREK, H. Efficiency of rotary nickel-titanium K3 instruments compared with stainless steel hand K-Flexofile. Part 1. Shaping ability in simulated curved canals. **Int. Endod. J.**, Oxford, v. 36, n. 3, p. 199-207, Mar. 2003.

SCHEN, Y. et al. Current Challenges and Concepts of the Thermomechanical Treatment of Nickel-Titanium Instruments. **J. Endod.**, New York, v. 39, n. 2, p. 163-72, Feb. 2013.

THOMPSON, S.A. et al. An overview of nickel-titanium alloys used in dentistry. **Int. Endod. J.**, Oxford, v. 33, n. 4, p. 297-310, Jul. 2000.

VERTUCCI, F. J.; FLA, G. Root canal anatomy of the human permanent teeth. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v. 58, n. 5, p. 589-99, Nov. 1984.

WALIA, H.; BRANTLEY, W. A.; GERSTEIN, H. An Initial Investigation of the Bending and Torsional Properties of Nitinol Root Canal Files. **J. Endod.**, New York, v. 14, n. 7, p. 346-51, Jul. 1988.

YARED, G. Canal preparation using only NiTi rotary instrument: preliminary observations. **Int. Endod. J.**, Oxford, v. 41, n. 4, p. 339-44, Apr. 2008.

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL- FACULDADE DE ODONTOLOGIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA- TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ORIENTADO

Eu (ou responsável legal), Manuel Beraldo Carneiro, CPF _____, AUTORIZO o(a) acadêmico(a) Ana Paula da Silva, sob supervisão do Professor Pauline Lang e demais docentes das disciplinas de Clínica Odontológica, bem como todos os demais profissionais dos serviços desta Faculdade vinculados à minha assistência, a realizar os seguintes procedimentos:

Endodontia dente 16

- bem como todas as condutas pré e pós-procedimentos recomendados.
- 1. Não há garantia do melhor resultado; o alcance da finalidade pretendida pelo(s) procedimento(s) dependerá das reações do meu organismo, das minhas condições clínicas, da minha adesão aos cuidados prescritos, havendo sempre a possibilidade de ocorrerem complicações, ainda que tardias.
- 2. Declaro ter sido informado(a) suficientemente para entender que:
 - os benefícios do(s) procedimento(s) são dependentes de fatores tais como os indicados no primeiro item (1);
 - sempre haverá a possibilidade de riscos e complicações em qualquer procedimento, independentemente da sua extensão e gravidade;
 - poderão ocorrer desconfortos, dor, edema (inchaço), diminuição ou perda da sensibilidade na área manipulada e em regiões anexas, manchas e hematomas, por um período de tempo variável de acordo com as características de meu organismo, condições clínicas e cuidados pós-procedimento;
 - existe necessidade de adaptação de minha dieta alimentar (líquida/pastosa), a qual poderá implicar no aumento da possibilidade de apresentar gengivite e, excepcionalmente, cáries, podendo acarretar perda de peso;
 - o êxito da intervenção está intimamente relacionado com a manutenção periódica por mim realizada através do controle das doenças bucais, especialmente minha dedicação à higiene dental, bem como dos retornos periódicos para acompanhamento profissional;
 - existem riscos relacionados ao uso de anestesia local, tais como alergias, hematomas, inchaço e desconforto no local da aplicação.
- 3. Comprometo-me a seguir todas as prescrições e cuidados indicados, oralmente ou por escrito, pois em assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados do tratamento, colocando em risco a minha vida, saúde ou bem estar, ou ainda, ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.
- 4. Declaro que (declarar alergias, uso de drogas, medicamentos, ou se é fumante):

Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, comprometer o procedimento a que me submeto, causar-me sequelas ou acarretar danos à minha saúde.

5. Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao tratamento da cirurgia, tendo lido e compreendido todas as informações deste documento, antes da sua assinatura.

Porto Alegre, 22 de junho de 2018.

x Manuel B Carneiro

Assinatura do(a) paciente

CONFIRMO que expliquei detalhadamente para o(a) paciente e/ou seu(s) familiar(es), ou responsável(eis), o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o(s) tratamento(s)/procedimento(s) acima descritos.

Data: 7/12/2018

Ana Paula da Silva

Assinatura do(a) aluno

Pauline Mastella Lang

Assinatura e carimbo com CRO do(a) Professor(a)

Pauline Mastella Lang
Professora - UFRGS
CRO/RS 18073