



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO
PÓS GRADUAÇÃO ENDODONTIA**

IRIS THAINÁ FIRMINO AMÂNCIO

**REMOÇÃO DE RETENTOR INTRARRADICULAR ASSOCIADA A
REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA – RELATO DE CASO**

FORTALEZA

2021

IRIS THAINÁ FIRMINO AMÂNCIO

REMOÇÃO DE RETENTOR INTRARRADICULAR ASSOCIADA A
REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA – RELATO DE CASO

Artigo TCC apresentado ao curso de Pós Graduação em Endodontia da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO – como requisito para a obtenção do grau de endodontista, sob a orientação da prof.^a Dr.^a. Flávia Darius Vivacqua.

FORTALEZA

2021

IRIS THAINÁ FIRMINO AMÂNCIO

REMOÇÃO DE RETENTOR INTRARRADICULAR ASSOCIADA A
REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA – RELATO DE CASO

Artigo TCC apresentada no dia 1 de outubro de 2021 como requisito para a obtenção do grau de Pós Graduada em Endodontia da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a. Flávia Darius Vivacqua
Orientador – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^a. Dr. Nilton Vivacqua Gomes
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Prof^o. Dr. Paulo André de Carvalho
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

É justo que muito custe o que muito vale.

Santa Teresa D'ávila

REMOÇÃO DE RETENTOR INTRARRADICULAR ASSOCIADA A REINTERVENÇÃO ENDODÔNTICA – RELATO DE CASO

Iris Thainá Firmino Amâncio

RESUMO

O comprometimento entre as equipes não pode mais se dissociar de todos os recursos funcionais envolvidos. Por outro lado, a hegemonia do ambiente político maximiza as possibilidades por conta das direções preferenciais no sentido do progresso. No entanto, não podemos esquecer que a revolução dos costumes exige a precisão e a definição do sistema de participação geral.

Palavras-chave: Diagnóstico estratégico. Informação – serviço. Planejamento estratégico.

ABSTRACT

The commitment between the teams can no longer be dissociated from all the functional resources involved. On the other hand, the hegemony of the political environment maximizes the possibilities on account of preferential directions in the direction of progress. However, we must not forget that the customs revolution demands the precision and definition of the general system of participation.

Key words: Strategic diagnosis. Information - service. Strategic planning.

1 INTRODUÇÃO

Em dentes tratados endodonticamente e com grande destruição coronária, quase sempre, por questões mecânicas relacionadas à melhor retenção das restaurações ou coroas protéticas, recorre-se ao uso de pinos intrarradiculares. No dia a dia clínico, essa remoção se torna um desafio, pois a mesma deve ser atraumática e segura, evitando o risco de fraturas e perfurações radiculares.

Muito embora o estágio atual da Endodontia nos dê um elevado índice de sucesso, não é de todo raro deparar-se com situações adversas, normalmente acompanhadas de sinais, sintomas e imagens radiográficas que caracterizam o fracasso do tratamento endodôntico. Quando esse fracasso ocorre nos casos em que foram empregados retentores intrarradiculares, o problema torna-se grave. Assim, o retratamento endodôntico requer um estudo e maior cuidado na execução do caso.

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente FRSL, sexo feminino, parda, 44 anos, compareceu ao Complexo Odontológico UNIFAMETRO, relatando apresentar uma “bolinha no céu da boca de um dente que realizou um canal”. Na anamnese constatou-se que a paciente não possuía nenhuma doença sistêmica e nem tendências hereditárias, a mesma afirmou que não sofria de problemas de coagulação, cicatrização, hemorragia e não possuía hipersensibilidade a medicamentos ou anestésicos locais.

O elemento 12, possuía tratamento endodôntico realizado a mais ou menos 10 anos, coroa e pino metálico, no qual não apresentava presença de edema ou fistula, foi realizado o teste a percussão vertical e horizontal resultando em dor, o teste de sensibilidade foi negativo e sem sintomatologia dolorosa. Ao exame radiográfico foi detectado a presença de uma lesão radiolúcida associada ao ápice deste dente.

Inicialmente, foi realizado a remoção da coroa em porcelana com broca transmetal (Angelus, Londrina, Brasil) em alta rotação. O pino metálico foi removido com o uso de ultrassom expondo a área do pino, pela palatina, o sistema de ultrassom transforma a energia elétrica em energia mecânica. Que agindo em sentidos opostos

cria uma zona de justaposição onde a soma das ondas mecânicas potencializa a ação ultrassônica quebrando o cimento com mais facilidade. Portanto deslocando o pino da sua posição original.

Em seguida foi realizado a anestesia supraperiosteal e infiltrativa com uso de dois tubetes do anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000 (DFL, Rio de Janeiro, Brasil), isolamento absoluto com lençol de borracha (MK Life, Porto Alegre, Brasil), a distância. Prosseguiu-se assim com a desobturação, onde esta foi realizada com auxílio de broca gattes (Dentispaly Sirona, Vila Gertrudes, Brasil) 2 e 3 no terço cervical em baixa rotação, lima rotatória de níquel-titânio, Lima de Retratamento da MK life (MK Life, Porto Alegre, Brasil) velocidade de 350 rpm e 1 Nilton no motor Endo Easy SI (Bassi, Easy, Minas Gerais, Brasil) e auxílio das limas manuais tipo hedstroem (TDK, Curitiba, Brasil), realizou-se a patência e desbridamento foraminal, empregando o gel de clorexidina (CHX) a 2% como substância química auxiliar, alternando com o soro fisiológico 0.9%.

A lima anatômica inicial foi a #15 C-pilot (VDW, Munique, Alemanha), onde realizou-se uma radiografia periapical para comprovação da desobturação e aferir o comprimento aparente do dente, sendo este de 17 mm. E o comprimento real (CR) foi aferido com auxílio de localizador eletrônico foraminal (LEF) Propex Pixi (Dentispaly Sirona, Vila Gertrudes, Brasil) foi de 16 milímetros. Assim, foi realizada a instrumentação com limas rotatórias Easy (Bassi, Easy, Belo Horizonte, Brasil) na sequência #15/03, 25/05, 35/05 e por último 40.05, no comprimento de trabalho (CT) de 17 mm, na velocidade de 350 rpm e 1 Nilton. O cone de escolha, para a etapa de obturação foi o cone M (Odous de Deus Belo Horizonte, Brasil), calibrado em #55 com auxílio da régua calibradora da MK Life (Porto Alegre, Brasil), obturação realizada com cimento Endofill (Dentispaly Sirona, Vila Gertrudes, Brasil) e cortado em 2 milímetros aquém do CT, realizado a radiografia de prova do cone.

O corte da guta percha apical, foi realizado com termocompactor do motor Endo Easy SI (Bassi, Easy, Minas Gerais, Brasil) e condensação da guta com condensador (Odous de Deus Belo Horizonte, Brasil) deixado desobturação de 5 mm de material obturador remanescente no canal para futura cimentação do pino.

Isolando-se a coroa do dente com vaselina sólida (Angelus, Londrina, Brasil), foi-se reembasado o pino metálico já existente e a coroa provisória com resina acrílica Vipi Flash (Vipi, Pirassununga, Brasil) e cimentado o mesmo com hidróxido de cálcio pasta (Dentispaly Sirona, Vila Gertrudes, Brasil). Realizado os ajustes oclusais e polimento da coroa provisória, a paciente foi encaminhada para confecção de novo pino e coroa definitivos.

3 DISCUSSÃO DO CASO

Em 1986, Krell et al relataram a técnica para remoção de cone de prata fraturado através do aumento do acesso ao elemento fraturado com auxílio de brocas Gattes Glidden, seguida da introdução de uma lima de Hedstroen, que foi tocada pela ponta de um aparelho de ultra som transmitindo vibração e auxiliando na remoção. Girolamo et al. (1990) realizaram um trabalho sobre a utilização do ultrassom e suas implicações na remoção de núcleos metálicos fundidos: realizando um desgaste na interface do pino, próximo a entrada do conduto e do remanescente radicular. Após análise dos resultados, os mesmos concluíram que, o uso do ultrassom é uma técnica simples, segura e confortável para o paciente. Enfatizaram ainda, a importância da resistência da estrutura radicular, estando diretamente relacionado a profundidade e largura do pino intra-canal.

O conhecimento da morfologia do sistema de canais radiculares é requisito essencial para a prática endodôntica. Alguns autores afirmam, inclusive, que essa é a principal condição para conduzir ao sucesso do tratamento. Vale destacar que, apesar do avanço tecnológico aplicado às áreas médicas, no procedimento endodôntico, o alcance dos resultados ideais ainda depende, essencialmente, da habilidade do profissional em acessar a câmara pulpar, localizar os canais radiculares e eliminar as interferências anatômicas, que, ao longo do canal radicular, dificultam o acesso dos instrumentos rumo ao forame apical.

Muito embora a endodontia nos dê um elevado índice de sucesso, Lazarski e col (2001) reportam um índice geral de sucesso de 94,4%, avaliando 110.766 casos de tratamento endodôntico inicial em um período médio de 3 anos e meio de controle.

(Francisco Filho, 2015) Um grande número dos insucessos em Endodontia está relacionado com procedimentos clínicos que não atendem aos padrões aceitáveis e podem resultar na falta de prevenção e controle da infecção intracanal. Porém uma multiplicidade de fatores está também envolvida no prognóstico de dentes endodonticamente tratados – o tempo decorrido desde o primeiro tratamento, a condição do dente na cavidade oral, a presença de restauração adequada e a complexa relação entre a doença e o hospedeiro podem ser citados.

A reintervenção endodôntica é um procedimento realizado sobre um dente que já recebeu uma tentativa anterior de tratamento definitivo resultando numa condição que requer intervenção endodôntica adicional para obtenção de um resultado bem sucedido. Definição proposta por Carr em 2006.

A presença de sinais e sintomas é indicador de falha no tratamento endodôntico inicial (Bender, 1966):

- ✓ Dor;
- ✓ Edema intra ou extra oral;
- ✓ Fístula;
- ✓ Perda da função mastigatória;

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ultrassom oferece várias vantagens e aplicações na área da endodontia, devendo fazer parte do armamentário do endodontista. O uso do ultrassom combinado às técnicas convencionais torna o tratamento endodôntico mais seguro e previsível, sendo uma conveniente e útil ferramenta com eficácia comprovada. É importante destacar, que o sucesso da técnica aplicada dependerá não só de um fator, mas sim de fatores imprescindíveis para o sucesso do tratamento. Entre eles se destacam as diferenças individuais dos hospedeiros que podem favorecer ou dificultar o reparo, bem como a habilidade por parte do operador com o tratamento. Por fim, a

reintervenção é de grande valor para o endodontista podendo ser uma ótima escolha quando bem empregada.

REFERÊNCIAS

KRELL KV, et al. **Using ultrasonics scalers to remove fractures root posts.** Journal Prosth Dental.v.55,p.46-49,1986.

GIROLAMO, J.A. et al. **Núcleos Metálicos Fundidos: técnicas de remoção, através do ultra-som e suas implicações na clínica.** Revista Paulista de Odontologia,v.12,p.2-7,1990.

FILHO, Francisco. **Endodontia Passo a Passo: evidências clínicas.** 1. ed.São Paulo: Artes Médicas, 2015.

LAZARSKI MP, et al. **Epidemiological evaluation of the outcomes of nonsurgical root canal treatment in a large cohort of insured dental patients.** J Endod; 27 (12); 791-96, 2001.

ZUOLO, Mário et al. **Reintervenção em Endodontia.**3. ed. São Paulo: Quintessence Editora, 2017.

CARR GB, Retreatment. In: Cohen S & Burns R. Pathways of the Pulp,, 7th, S Louis, Mosby Inc, 1998.

BENDER IB, et al. **Endodontic sucess: a reappraisal of criteria. I and II.** Oral surg Oral Med Oral Pathol; 22 (6): 780-802, 1966.