

UNIVERSO – UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
ODONTOLOGIA

ROBSON ADAIR LOPES
THALES RODRIGO S. ROCHA

**EXODONTIA ASSOCIADA AO INSUCESO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO:
CASO CLÍNICO**

BELO HORIZONTE - MG

2023

UNIVERSO – UNIVERSIDADE SALGADO DE OLIVEIRA
ODONTOLOGIA

ROBSON ADAIR LOPES
THALES RODRIGO S. ROCHA

**EXODONTIA ASSOCIADA AO INSUCESO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO:
CASO CLÍNICO**

Trabalho apresentado à professora Flavia Leite
Lima da turma de odontologia da Universidade
Salgado de Oliveira da disciplina de Cirurgia

BELO HORIZONTE - MG

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	4
3. MATERIAIS E MÉTODOS	5
4. CONCLUSÃO	7
5. REFERÊNCIAS.....	8

1. INTRODUÇÃO

O tratamento endodôntico tem como objetivo a remoção da polpa viva ou necrosada, prevenindo ou tratando a periodontite apical (LOPES; SIQUEIRA JR., 2015). O fracasso no tratamento endodôntico pode ocorrer, sendo que para evitar essa ocorrência é preciso seguir princípios científicos, mecânicos e biológicos (OCCHI et al., 2011). Para a avaliação do sucesso ou fracasso do tratamento, devemos acompanhar esse processo levando em consideração os aspectos clínicos, radiográficos e tomográficos.

A etiologia do insucesso endodôntico determina várias causas: falhas técnicas, abertura, instrumentação, obturação e microbianas.

As lesões perirradiculares são classificadas como: emergentes, quando surgem após o tratamento, persistentes, quando persistem após o tratamento, ou recorrentes, na presença de recidiva tardiamente após o tratamento. Os fatores microbianos, relacionados com a causa do insucesso, são divididos em infecções persistente e secundárias, sendo que clinicamente elas não podem ser diferenciadas (LARCERDA et al., 2016).

A infecção secundária é causada por microrganismos que aparecem durante ou após a intervenção profissional e que não estava presente na infecção primária. Se esses microrganismos conseguirem se adaptar e colonizar no canal, uma infecção secundária será estabelecida. Portanto, essa contaminação é causada pela quebra de cadeia asséptica durante o tratamento, entre as consultas ou após a obturação do canal (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

A infecção persistente é causada por microrganismos que resistiram aos procedimentos de desinfecção intracanaís e está relacionada com a infecção primária e, em alguns casos, com a infecção secundária. Essas infecções podem ser responsáveis por problemas clínicos, como exsudato e sintomatologias persistentes, flare-up, e fracassos do tratamento endodôntico (LOPES; SIQUEIRA JR, 2015).

As lesões periapicais podem evoluir para uma infecção aguda.

Entre essas lesões periapicais crônicas estão o granuloma periapical, o cisto periodontal crônico e o abscesso dentoalveolar crônico. O abscesso dentoalveolar é denominado como uma infecção da polpa dental que origina formação de pus que se propaga até o ligamento periodontal e apresenta se necessariamente uma via de drenagem intra ou extrabucal.

A espécie de microrganismo mais frequentemente encontrada em fracassos e insucessos no tratamento endodôntico é o *Enterococcus faecalis* (SOUZA; MACEDO; SANTOS, 2017) e

na persistência de patologias perirradiculares (GOMES; PINHEIRO; CADÊ- NETO, 2004). O *Enterococcus faecalis* tem mecanismo de sobrevivência e de resistência, que permite que mesmo em pequena população, sobrevivem em água por mais de quatro meses, e quando estão no conduto, podem manter sua efetividade por 12 meses sem nutrientes adicionais (SEDGLEY; LENNAN; APPELBE, 2015). Este microrganismo tem uma grande capacidade de crescimento na forma de biofilme, de penetrar nos túbulos dentinários e de se manter em estado viável, mas não cultivável. Além disso, o *Enterococcus faecalis* tem a capacidade de resistir a medicamentos intracanaís à base de hidróxido de cálcio, já que esses microrganismos apresentam uma resposta ao pH alcalino, adaptando-se através de uma bomba de prótons capaz de acidificar o citoplasma bacteriano. O *Enterococcus faecalis* tem uma habilidade de adaptar e tolerar as diversas condições ambientais, dando-lhe vantagem sobre outras espécies. Com isso é mais encontrada nas infecções endodônticas onde são escassos os nutrientes.

A redução microbiana nos canais radiculares tem sido considerada essencial para o sucesso do tratamento endodôntico. Porém a variação da anatomia interna dos canais radiculares pode dificultar a desinfecção adequada durante o tratamento endodôntico. Ricucci e Siqueira (2010), afirmaram que as bactérias que causam infecção persistente estão comumente localizadas em áreas que não são afetadas por instrumentos e substâncias antimicrobianas, como por exemplo as ramificações, istmos e canais laterais.

Por essa razão, é muito importante que o cirurgião dentista identifique essas variações anatômicas radiculares para prevenir possíveis falhas endodônticas. Exames complementares são indicados para essa identificação e conseqüentemente são usadas para um correto diagnóstico e planejamento.

O exame radiográfico periapical é a técnica mais utilizada para a avaliação do canal radicular. Porém essa imagem bidimensional tem limitações, como as sobreposições que pode dificultar a visualização quanto ao grau de curvatura, número de canais.

Outro exame complementar que tem se mostrado muito importante é a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), sendo uma imagem tridimensional que supera as limitações da radiografia convencional. A TCFC também elimina as sobreposições de estruturas adjacentes (LOFTHAG-HANSEN et al., 2007).

Ainda, se não for possível realizar o retratamento endodôntico ou cirurgia periapical, ou seja, quando não restar mais opções de tratamento que ofereçam um bom prognóstico, a indicação será a exodontia e posterior reabilitação (PEREIRA JUNIOR, 2010; MELO E ROMANO, 2018).

Nos casos em que as terapêuticas listadas não tiverem êxito, que ocorrer violação do espaço biológico, doença periodontal grave, relação coroa/raiz desfavorável ou fratura vertical o tratamento deve ser cirúrgico, exodontia do elemento e posterior reabilitação com implante e prótese. Essa é a última escolha do cirurgião-dentista e apresenta uma taxa de sucesso previsível e alta (90%) (NOGUES, 2018).

1. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de um paciente diagnosticado com lesão periapical em decorrência do insucesso endodôntico e restaurador nos dentes 14, cujo retratamento endodôntico foi desaconselhado e a resolução implementada foi a exodontia do elemento dentário 14 (primeiro pré-molar superior direito).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Participou desse relato de caso, paciente do sexo masculino G.W.A., com idade de 49 anos, procurou o consultório odontológico da Clínica de Odontologia da Faculdade Universo na cidade de Belo Horizonte - MG, com queixa de "estética do sorriso e mobilidade dentária" no dente 14 no final do semestre de 2022. Após anamnese, avaliação clínica e dos exames de radiografia por outra turma, foi diagnosticado pulpíte irreversível e foi dado início de pulpectomia, fechado com curativo endodôntico e orientado retorno para esse semestre de 2023. Portanto, o mesmo foi chamado para atendimento somente na penúltima clínica de cirurgia e reavaliado novamente devido o tempo que passou.

Durante nossa anamnese, exame clínico e radiografia periapical foi identificado imagem radiolúcida periapical, mobilidade grau 3 e presença de supuração.

Como forma de resolução do quadro, foi indicada a exodontia do dente 14. Planejado para o retorno das clínicas no segundo semestre de 2023 para dar continuidade ao tratamento com adequação do meio bucal, restauração cariosas de alguns elementos, endodontia do dente 15, acompanhamento periodontal e reabilitação protética superior e inferior devido ausência dentária de outros elementos e mobilidade grau 3 com perda óssea acentuada nos dentes 32, 31 e 41 com possível indicação de exodontia.

Para a realização do procedimento o paciente assinou o termo de consentimento livre e esclarecido para realização do mesmo.

Sequência operatória utilizada foi seguida de anamnese, planejamento, paramentação e montagem da mesa cirúrgica, condicionamento do paciente (antisepsia extra e intral oral), anestesia local do nervo alveolar superior médio e anestesia infiltrativa ao redor do dente 14, sindesmotia, remoção do dente, tratamento da cavidade (debridamento, curetagem, irrigação e aspiração, regularização de bordas ósseas e sutura com nilon 3). Posteriormente prescrição medicamentosa pós operatórias, agendamento para retirada dos pontos 7 dias após

e orientações ao retorno no início do segundo semestre de 2023 para termos tempo suficiente de dar sequência aos demais tratamentos citados anteriormente.

3. CONCLUSÃO

Concluimos que para ocorrer o sucesso do tratamento endodôntico devemos limpar e desinfetar adequadamente os canais radiculares reduzindo a microbiota dos canais. O uso dos exames complementares, como a radiografia periapical é indispensável para a avaliação das variações dos canais e conseqüentemente para um bom diagnóstico e planejamento. No caso referido o mesmo apareceu a clínica após longo período, onde não havia mais indicação de tratamento endodôntico devido perda óssea acentuada, radiolúcida na região periapical, supuração, mobilidade dentária grau III, no qual não teríamos êxito nesse tratamento e acabou sendo discutido, optado por exodontia realizada com sucesso.

4. REFERÊNCIAS

BRAMANTE, C. M.; BERBERT, A.; BERNARDINELLI, N.; MORAES, I. G.; GARCIA, R. B. Acidentes e complicações no tratamento endodôntico – soluções clínicas. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2003.

CONSOLARO, A. Dentes com lesão periapical crônica diagnosticada e tratada durante o tratamento ortodôntico: quando retomar a aplicação de forças. Revista Clínica de Ortodontia Dental Press, Maringá, v. fe/mar, n. 1, p. 109-111, 2008.

LACERDA, M. F. L. S.; COUTINHO, T. M.; BARROCAS, D.; RODRIGES, J. T.; VIDAL, F. Infecção secundária e persistente e sua relação com o fracasso do tratamento endodôntico. Revista Brasileira de Odontologia. Rio de Janeiro, v. 73, n. 3, p. 212-7, jul./set. 2016.

LOPES, H. P.; SIQUEIRA, J. F. Endodontia: Biologia e Técnica. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MELO, J. V. M.; ROMANO, L. V. G. Insucesso no tratamento endodôntico e restaurador ocasionando exodontia dos elementos dentais: relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade de Uberada, 2018.

NOGUES, B; G. Tomada de decisão perante o insucesso de dentes submetidos a terapia endodôntica. CESPU Repository, 2018.

OCCHI, I. G. P.; SOUZA, A. A.; RODRIGUES, V.; TOMAZINHO, L. F. Avaliação de sucesso e insucesso dos tratamentos endodônticos realizados na clínica odontológica da UNIPAR. UNINGÁ. Review. v. 8, n. 2, p. 39-46, 2011.

PEREIRA JUNIOR, W.; MOURA, M. S.; GUEDES, O. A.; DECURCIO, R. A.; ESTRELA, C. Análise de Critérios de Sucesso em Endodontia e Implantodontia. Revista Odontológica do Brasil Central, v. 19, n. 49, 2010.

SOUSA, M. N.; MACEDO, A. T.; SANTOS, J. R. Inter-relação entre *Enterococcus faecalis*, *Candida albicans* e os tratamentos endodônticos. Rev. Investig, Bioméd. São Luís, v. 9, p. 49-57, 2017.

WU, M. K.; DUMMER, P. M. H.; WESSELINK, P. R. Consequences of and strategies to deal with residual post-treatment root canal infection. International Endodontic Journal