

**UNIVERSIDADE DE UBERABA**

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANNELYSE CAMPOS RODRIGUES**

**CHRISTIELLEY ANGÉLICA DE OLIVEIRA**

**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

**UBERABA-MG**

**2018**

**ANNELYSE CAMPOS RODRIGUES**

**CHRISTIELLEY ANGÉLICA DE OLIVEIRA**

**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

Trabalho apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Oliveira Samuel.

**UBERABA-MG**

**2018**

Rodrigues, Anelyse Campos.  
R618r Retratamento endodôntico: relato de caso / Anelyse Campos  
Rodrigues, Christielley Angélica de Oliveira. – Uberaba, 2018.  
31 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.  
Curso de Odontologia, 2018.  
Orientadora: Profa. Dra. Renata Oliveira Samuel.

1. Endodontia. 2. Tratamento endodôntico. 3. Odontologia –  
Restaurações. 4. Odontologia. I. Oliveira, Christielley Angélica de.  
II. Samuel, Renata Oliveira. III. Universidade de Uberaba. Curso de  
Odontologia. IV. Título.

CDD 617.6342

Ficha elaborada pela bibliotecária Tatiane da Silva Viana CRB6-3171

**ANNELYSE CAMPOS RODRIGUES**

**CHRISTIELLEY ANGÉLICA DE OLIVEIRA**

**RETRATAMENTO ENDODÔNTICO: RELATO DE CASO**

Trabalho apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata Oliveira Samuel.

Aprovada em: 07/12/17

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Renata Oliveira Samuel

  
\_\_\_\_\_  
Prof.º Benito André Silveira Miranzi

**Universidade de Uberaba**

## RESUMO

O retratamento endodôntico é uma intervenção executada em um dente que já apresenta um tratamento realizado anteriormente que foi mal sucedido clínica e/ou radiograficamente. São várias as causas que levam à necessidade de um retratamento, entre elas há erros de execução de técnicas, persistência de sintomas e não cicatrização ou aumento de área radiolúcida, entre outras. Existem várias técnicas para a realização do retratamento endodôntico, podem ser utilizados meios químicos, mecânicos, térmicos e manuais. O objetivo deste trabalho foi apresentar um relato de caso clínico de retratamento endodôntico em que a paciente C. R. P. A., sexo feminino, 57 anos, chegou a policlínica Getúlio Vargas relatando sentir sensibilidade em dente que já havia feito o tratamento endodôntico. No exame radiográfico foi verificado que a obturação estava muito aquém do ápice. Foi planejado então realizar o retratamento endodôntico. Para isto, foi usado brocas Gates 2 e limas *Hedstroem* #20, com auxílio do solvente Eucaliptol. Após completa remoção do material obturador foi feita a odontometria e reinstrumentação com limas manuais tipo K. Colou-se a medicação intracanal Paramonoclorofenol Canforado e selou com IRM, deixando agir durante 7 dias. Posteriormente foi feita a obturação do canal com cone de Guta Percha 25/06 e os cones acessórios R8, com cimento Endofill. Conclui-se que essa técnica é eficiente para o retratamento.

Palavras chave: retratamento endodôntico, Insucesso endodôntico, tratamento endodôntico.

## **ABSTRACT**

*Endodontic retreatment is an intervention performed on a tooth that already has a previous treatment that has been clinically and / or radiographically unsuccessful. There are several causes that lead to the need for a retreatment, among which there are errors in the execution of techniques, persistence of symptoms and non-healing or increase of radiolucent area, among others. There are several techniques for performing endodontic retreatment, chemical, mechanical, thermal and manual means can be used. The objective of this study was to present a report of a clinical case of endodontic retreatment in which the patient C. R. P. A., female, 57 years old, arrived at Getulio Vargas polyclinic, reporting sensitivity in a tooth that had already done the endodontic treatment. The radiographic examination revealed that the obturation was far below the apex. Endodontic retreatment was then planned. For this, Gates 2 drills and Hedstroem # 20 files were used with the aid of Eucalyptol solvent. After complete removal of the obturator material, odontometry and reinstrumentation were performed with manual K-type files. The intracanal medication was placed Parammonochlorophenol PIO and sealed with MRI, allowing to act for 7 days. Subsequently, the obturation of the channel with cone of Guta Percha 25/06 and the accessory cones R8, with cement Endofill. We conclude that this technique is efficient for retreatment.*

*Key words: endodontic retreatment, endodontic failure, endodontic treatment.*

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO		6
2.	OBJETIVOS		
	10		
3.	JUSTIFICATIVA		
	11		
4.	MATERIAIS	E	MÉTODOS
	12		
5.	DISCUSSÃO		
	23		
6.	CONCLUSÃO		
	25		
	REFERÊNCIAS		26
	ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO		28
	ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		30



## 1. INTRODUÇÃO

A endodontia é uma área da Odontologia que tem como objetivo preservar aqueles dentes que seriam perdidos, seja por cárie ou trauma, removendo o tecido pulpar e mantendo o remanescente dentário em função, sem causar prejuízo à saúde do paciente. Para que se obtenha sucesso no tratamento, deve-se seguir todos os passos clínicos corretamente, desde a anamnese até as etapas operatórias, com atenção e empenho, associando corretamente as formas de tratamento mecânicas, químicas e biológicas (MACHADO, 2014; ESPINDOLA et al. 2002; GABARDO et al, 2009).

Porém, diante de alguns casos é notável que podem ocorrer falhas na terapêutica endodôntica radical, sendo indicadas pela permanência ou aumento de lesões periapicais, fístula, dor, edema, sensibilidade à percussão e palpação, aumento do espaço do ligamento periodontal e progressão de reabsorção radicular. Esses são fatores que deixam claro que o processo infeccioso não foi devidamente contido (FACHIN, 1999; LOPES, SIQUEIRA Jr, 2004).

A maioria dos fracassos são por motivos microbianos devido à persistência de microrganismos nos canais radiculares por falha durante o tratamento químico-cirúrgico, como o não conhecimento da anatomia interna dental para realização de uma boa instrumentação, o não uso de soluções irrigadoras adequadas, não selamento coronário e apical de forma efetiva. Pode ainda estar relacionada à reações periodontais, sendo que o estado de saúde geral do paciente influencia diretamente no sucesso ou insucesso (LIN et al, 1991; ABOU-RASS, 1982; SIQUEIRA Jr, 1997; KOSTI et al, 2006).

Quando identificado e confirmado o mau êxito da terapia endodôntica, o retratamento ou intervenção cirúrgica se faz necessário, visando superar os erros da obturação anteriormente realizada. Sendo que, se for possível acessar o canal, a reintervenção endodôntica deve ser preferível, pois é menos invasiva e tem o objetivo de reparar completamente a estrutura de suporte e permitir realizar sua

função como elemento dental através da completa eliminação de agentes irritantes e corrigindo falhas que aconteceram (LOPES, SIQUEIRA, 2015)

Existem várias técnicas para realizar o retratamento endodôntico, sendo que antes se utilizavam brocas *Gates Glidden* associadas às limas tipo “K” e limas tipo *Hedstroem*. Essa técnica consiste em, após a determinação do comprimento de trabalho, remover a Guta Percha com *Gates* de um a dois terços do canal, variando de acordo com a anatomia do mesmo. Por exemplo, em caso de canais curvos, deve levá-la até o máximo o início da curvatura. Após, é utilizado limas tipo “K” com cinemática de um quarto de volta, para criar espaço e então serem usadas as limas *Hedstroem* no terço mais apical fazendo movimento de rotação à direita e remoção. Após a desobturação de todo o canal é usado solvente para dissolução, remoção e diminuição dos debrís residuais (LOPES, 2017).

Nessa técnica tem-se a desvantagem de que, pelo fato das brocas *Gates* serem feitas de aço, possuem maior dureza, tendo assim maior risco de fratura por flexão e formação de *Zips*, desvios e perfurações. Além do mais, há uma maior condensação da Guta Percha nas paredes laterais do canal e formação de muitos debrís, devido à ação de corte lateral de suas lâminas. Apesar desse material obturador ser solúvel a vários solventes, ainda estão sendo feitos estudos para identificar qual seria o de ação superior, devido à não biocompatibilidade e à ineficiência de realizar sua ação em temperatura ambiente de muitos deles (LOPES, 2017).

Devido à essas desvantagens foram desenvolvidas limas rotatórias próprias para retratamento, como a *ProTaper Retratamento*, que são feitas de NiTi, propiciando, dessa forma, maior flexibilidade, menor risco de fratura, menor tempo de trabalho e maior poder de corte devido às suas bordas cortantes com ângulo helicoidal variável. São compostas por 3 diâmetros de lima, sendo a primeira (D1) com ponta ativa, que é usada apenas no terço cervical, com velocidade de 500 rpm e torque 4,0 fazendo movimentos de pincelamento até que o instrumento esteja livre dentro do canal radicular. Já a D2 e D3 não possuem ponta ativa, sendo aquela usada no terço médio e essa no terço apical, realizando a mesma cinemática que a D1. Após, é indicado o uso de instrumentos manuais com a intenção de completar a limpeza do canal (SANT’ANNA, 2012).

Nessa técnica tem-se a vantagem de poder fazer uso ou não do solvente, já que o próprio instrumento consegue travar e remover o material, porém o uso da lima com ponta ativa oferece um maior risco de trepanação ou desvio do canal radicular. Além do mais, também foi relatado maior quantidade de debris estruídos através do forame apical (SANT'ANNA, 2012; AGNES, 2009).

Ainda para melhorar a qualidade das limas utilizadas no retratamento, foram criadas as limas *Reciproc* e *WaveOne*, que são também de NiTi, porém com tratamento especial *M-Wire*, que possuem fase austenita a qual garante que recupere sua forma original, e martensita, proporcionando assim maior flexibilidade, e resistência à fratura por torção. Além de fazer uma redução do trabalho, já que é usado apenas uma única lima, reduz também o risco de contaminação cruzada. Tanto as limas *Reciproc* quanto as *WaveOne* possuem seus motores próprios e cinemática oscilatória com movimento de corte para esquerda. A lima *Reciproc* possui secção transversal em "S" e as limas *WaveOne* possuem secção transversal triangular modificada e não modificada (GUIMARÃES JÚNIOR, 2013).

Em substituição às limas *WaveOne*, foram criadas as limas *WaveOne Gold*, que possuem secção transversal quadrangular, que permite duas arestas cortantes, e recebem um tratamento térmico especial para ter uma maior flexibilidade. A lima *Reciproc- Blue* recebe também um tratamento especial que lhe confere a cor azul específica, possui secção transversal em "S" com duas arestas de corte e ponta inativa, que em comparação a lima *Reciproc*, tem maior flexibilidade, aumentando assim sua resistência à fratura (LOCATELLI, 2018; CAMILO, 2017).

Porém, devido à variação anatômica dos canais e os istmos presentes nos mesmos, há áreas em que as limas utilizadas no retratamento não alcançam, visto que elas trabalham em movimentos circulares, não conseguindo atingir certos espaços preenchidos pelo material obturador. Diante do fato de que é de grande importância remover todo o material para se ter uma melhor desinfecção e adaptação do novo material, que poderá agir de forma mais efetiva nos túbulos dentinários desobstruídos, o ultrassom vem sendo usado com esse objetivo (RODRIGUES et al. 2017).

Quando sua ponta irrigadora é ativada inicia uma vigorosa irrigação que auxilia na remoção de *smear layer*, debris e restos de materiais aderidos às paredes dos condutos. Porém, deve-se ter bastante cuidado ao utilizá-lo, pois há um maior risco em formar desvios dos canais, remover dentina de forma excessiva e até mesmo perfurar a raiz (RODRIGUES, DUARTE, GUIMARÃES, VIVAN, BERNARDINELLI, 2017).

Diante de todos os protocolos existentes para realizar o retratamento, no momento da escolha, deve-se colocar na balança as vantagens e desvantagens, visto que todos possuem as suas, sem esquecer de levar em conta a situação da atual obturação, já que se não estiver muito bem condensada, haverá uma maior facilidade para sua remoção. Assim, para cada caso em específico se deve associar a técnica que melhor julgar através dos conhecimentos científicos e práticos, visando sempre o que permite chegar o mais próximo do ideal: conseguir remover todo o material obturador sem agredir o dente em questão, permitindo assim acesso livre para a nova instrumentação e remoção de todos os microorganismos para uma futura obturação, que deve ser bem compactada, preenchendo todo o canal (ESTRELA, 2004; LOPES, SIQUEIRA Jr, 2010).

## **2. OBJETIVOS**

Diante ao exposto, esse trabalho tem como objetivo apresentar um relato de caso clínico de retratamento endodôntico.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Justifica-se a realização do retratamento endodôntico com intuito de eliminar o máximo possível dos microorganismos persistentes nos condutos, assim, obturando corretamente os canais radiculares, corrigindo falhas cometidas anteriormente, afim de reparar completamente a estrutura de suporte e preservar o elemento dental.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

Paciente do sexo feminino, 57 anos, leucoderma, procurou a Policlínica Getúlio Vargas para realizar tratamento Odontológico. Ao ser feito o planejamento, durante o exame clínico, foi verificado obturação insatisfatória e sensibilidade em elemento dental que posteriormente será realizado uma prótese fixa. Diante desse fato foi solicitado o retratamento endodôntico.

Dois anexos foram assinados pela paciente para autorização do uso de imagens e realização do procedimento, como por exemplo, o termo de autorização do uso de imagens e depoimento e termo de consentimento livre e esclarecido.

#### **CONDUTA OPERATÓRIA:**

A paciente C. R. P. A., sexo feminino, 57 anos, chegou à Policlínica Getúlio Vargas relatando sentir sensibilidade em dente 11, que durante anamnese, informou ter realizado tratamento endodôntico, há muitos anos e relata não lembrar a data. Durante a avaliação da história médica, não foi observada nenhuma alteração sistêmica, nem uso de medicamentos controlados. No exame físico extrabucal não foi observado assimetria facial ou sinais clínicos de inflamação. Durante exame físico intrabucal, na inspeção do elemento dental 11, foi verificado que a coroa possuía grande restauração em resina composta. Obteve resposta positiva a palpação e ao teste de percussão vertical.



**Figura 01** – Foto inicial da avaliação clínica do dente 11.

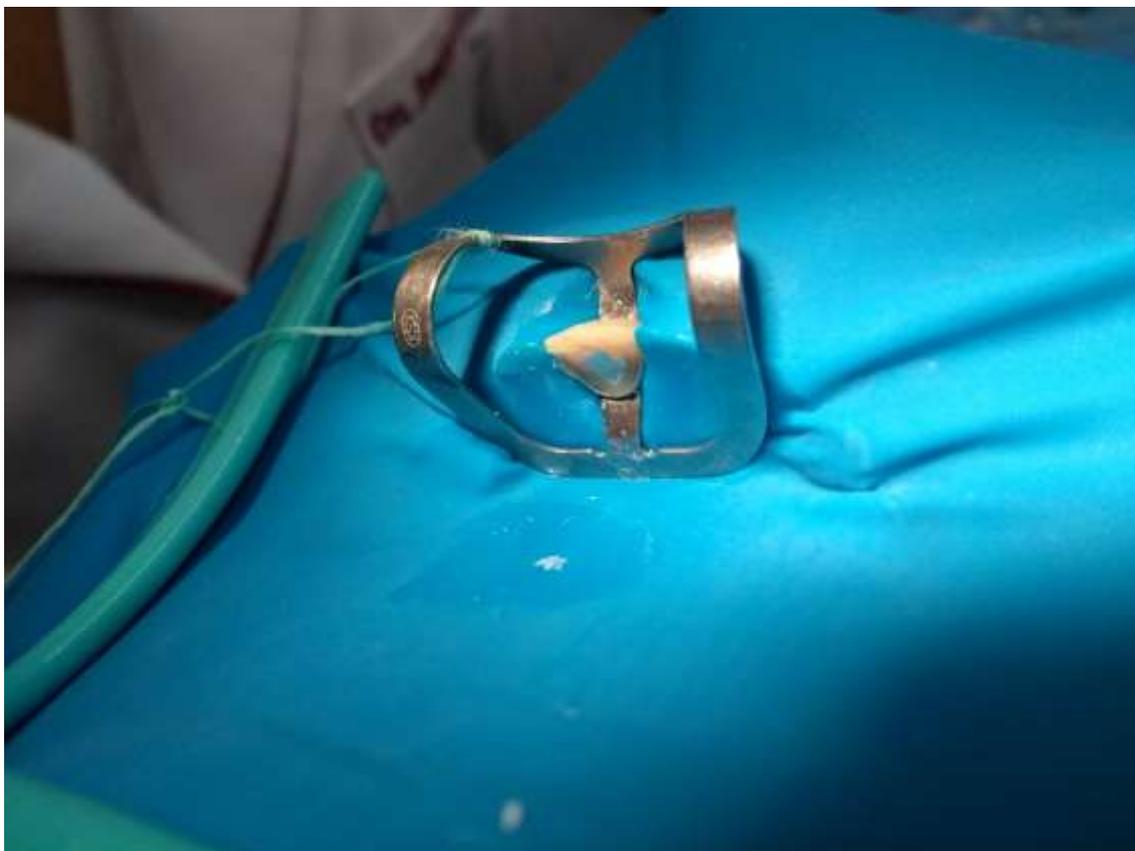
No exame radiográfico foi observado que o dente em questão possuía apenas um conduto, o mesmo com tratamento endodôntico insatisfatório, apresentando uma obturação muito aquém do ápice.

Após coleta de dados (Figura 03) constata-se necessário a realização do retratamento endodôntico.

UNIUBE UNIVERSIDADE FEDERAL DO UBERLÂNDIA		Ficha de diagnóstico e procedimentos de Endodontia Policlínica Odontológica Getúlio Vargas	
NOME DO PACIENTE: <u>Cláudia Regina Pereira Alves</u>		CÓDIGO: <u>309367</u>	
ALUNO: <u>Amândia Campos Rodrigues</u>		CÓDIGO: <u>613531</u>	
DENTE: <u>11</u>		DATA: <u>24/08/2018</u>	
<b>01) HISTÓRICO DE QUEIXA PRINCIPAL:</b>			
<u>Mostrando sinais de inflamação com dor de início agudo após tratamento endodôntico</u>			
<b>02) EXAME CLÍNICO:</b>			
<b>ESTADO DA COROA:</b>			
<input type="checkbox"/> Iléga		<input type="checkbox"/> Parede fraturada	
<input type="checkbox"/> Cárie profunda		<input type="checkbox"/> Câmara aberta <u>Com selamento</u> <input type="checkbox"/> Sem selamento	
<input type="checkbox"/> Restauração com infiltração		<input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>grande restauração em resina composta</u>	
<b>PALPAÇÃO:</b>			
<b>Exame Extra Oral</b>			
<input type="checkbox"/> Sensibilidade			
<input type="checkbox"/> Aumento de volume <input type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/> Mole			
<b>Exame Intra Oral</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Sensibilidade		<input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Mobilidade	
<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Ausente	
<b>Dor a Percussão:</b>			
<input type="checkbox"/> Ausente			
Horizontal: <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		Vertical: <input checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	
<b>03) TESTE DE VITALIDADE:</b>			
<b>Aplicação de frio:</b>		<b>Aplicação de calor:</b>	
<input type="checkbox"/> Dor que cessa logo após o estímulo		<input type="checkbox"/> Dor que cessa logo após o estímulo	
<input type="checkbox"/> Dor que permanece após o estímulo		<input type="checkbox"/> Dor que permanece após o estímulo	
<input checked="" type="checkbox"/> Ausência de dor		<input checked="" type="checkbox"/> Ausência de dor	
<b>04) ENVOLVIMENTO INTERDISCIPLINAR:</b>			
Envolvimento periodontal <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Trauma ou interferência oclusal <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
Envolvimento ortodôntico: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			
<b>RESTAURAÇÃO CONCLUÍDA:</b>			
<input type="checkbox"/> Espessamento do ligamento periodontal apical		<input type="checkbox"/> Perda óssea vertical	
<input checked="" type="checkbox"/> Espessamento do ligamento periodontal lateral no terço		<input type="checkbox"/> Reabsorção interna	
<input type="checkbox"/> Lesão apical circunscrita		<input type="checkbox"/> Reabsorção externa	
<input type="checkbox"/> Lesão apical difusa		<input type="checkbox"/> Instrumento fraturado	
<input type="checkbox"/> Obturação incompleta		<input type="checkbox"/> Outros: _____	
<input type="checkbox"/> Presen�a de retentor intra-radicular			
<b>DIAGNÓSTICO:</b>			
<input type="checkbox"/> Necrose Pulpar		<input type="checkbox"/> Polpa Viva _____ inflamação reversível _____ inflamação irreversível	
<input checked="" type="checkbox"/> Obturação Insatisfatória		<input type="checkbox"/> Obturação Satisfatória - insucesso clínico	
<b>TATAMENTO INDICADO:</b>			
<input type="checkbox"/> Proteção pulpar indireta		<input type="checkbox"/> Proteção pulpar direta _____	
<input type="checkbox"/> Pulpotomia		<input type="checkbox"/> Tratamento radical polpa viva (PULPECTOMIA) <input type="checkbox"/> Tratamento radical por	
<input type="checkbox"/> Retratamento		<input type="checkbox"/> Cirurgia Perirradicular	
<b>RESTAURAÇÃO CONCLUÍDA:</b>			
Reconstituição da Coroa		<input type="checkbox"/> Procedimento Periodontal _____	

Figura 03 – Ficha de diagnóstico e procedimentos endodônticos.

Foi então executada a técnica de anestesia infraorbital, complementando com papilar, utilizando o anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. O grampo de escolha foi o 212, para realizar o isolamento absoluto do campo operatório com lençol de borracha e arco de *Young* (Figura 04).



**Figura 04** – Isolamento Absoluto

O acesso foi realizado com broca diamantado esférica KG 1014 acoplada em alta rotação com irrigação abundante, removendo todo o material obturador. Após o acesso ao Guta Percha, deu-se início a desobturação do canal radicular com auxílio do solvente químico (Eucaliptol) deixando agir por 2 minutos para facilitar a sua remoção e penetração da broca *Gates 2*. Em seguida essas foram usadas acopladas em contra ângulo para remoção do Guta percha até o terço médio. No terço apical, foi renovado o solvente deixando agir por mais 2 minutos, e utilizou-se limas tipo Hedstroem #20 fazendo rotação a direita e tração, para remover todo o material obturador restante. Sempre irrigando com Hipoclorito de Sódio a 2,5% com aspiração concomitante. Posteriormente foi realizada uma radiografia para confirmar a remoção de todo o material obturador.

Após a confirmação do segmento estava completamente desobturado, deu-se início à odontometria, identificando o comprimento aparente do dente de 17mm tendo a incisal como referência.

Obteve-se as seguintes medidas:

- CRI: 17mm
- CPC: 19mm
- CT: 18mm



**Figura 05-** Raio X de confirmação de Odontometria no CT.

Foi feita a reinstrumentação do canal radicular seguindo a técnica seriada com a limas do tipo K #25, #30, #35, #40 e #45 até a medida do CT e depois o escalonamento com as limas #50, #55, #60 e #70, diminuindo 1mm da medida conforme aumentava o diâmetro da lima. Voltamos com a lima da série especial #10 até o CPC, a cada troca de lima sempre irrigando com solução de hipoclorito de sódio à 2,5%.

Depois fez a secagem com cone papel absorvente, colou a medicação intracanal PMCC para combater microorganismos resistentes, com bolinha de algodão estéril e selou com IRM, deixando agir durante 7 dias.

Na segunda sessão, foi novamente executada técnica de anestesia infraorbital complementando com papilar, com o anestésico lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000, para colocação do grampo. O grampo de escolha foi o 212. Em seguida foi realizado isolamento absoluto do campo operatório com lençol de borracha e arco de Young e a remoção do material obturador provisório IRM com Broca diamantada 1014. Fez o teste de exsudato, sendo a resposta negativa, deu início a obturação definitiva.

Primeiramente foi feito o Travamento do cone principal (25/06), e realização de radiografia de confirmação. (Figura 06).



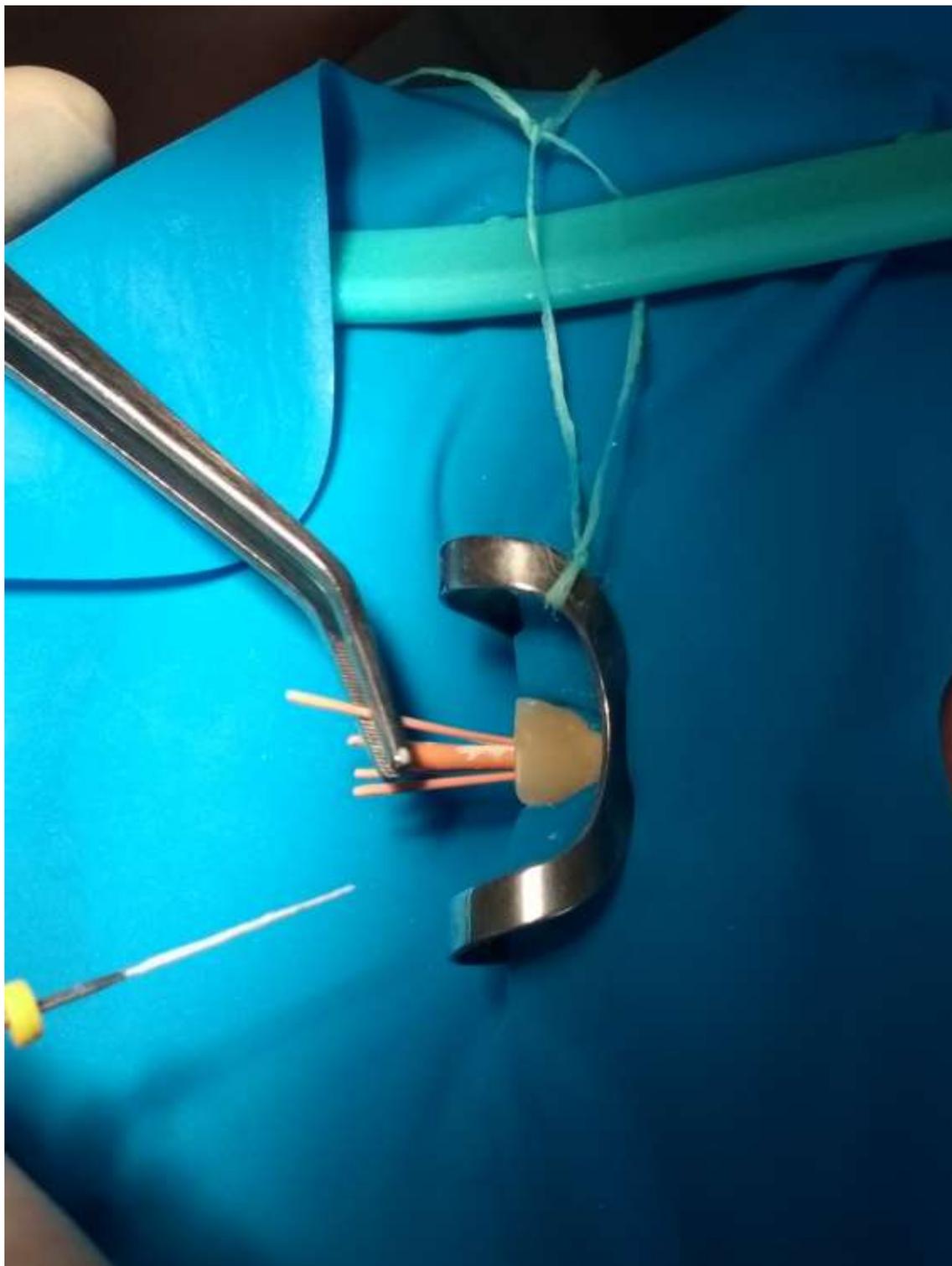
**Figura 06-** Raio X de confirmação de travamento do cone principal.

Após o travamento do cone foi feito abundante irrigação com Hipoclorito de Sódio. Colocou EDTA a 17% no conduto para remoção do *Smear Layer*, deixando agir por 3 minutos (Figura 07). Foi lavado então com soro fisiológico e completamente secado com cone de papel absorvente para dar início a cimentação dos cones.

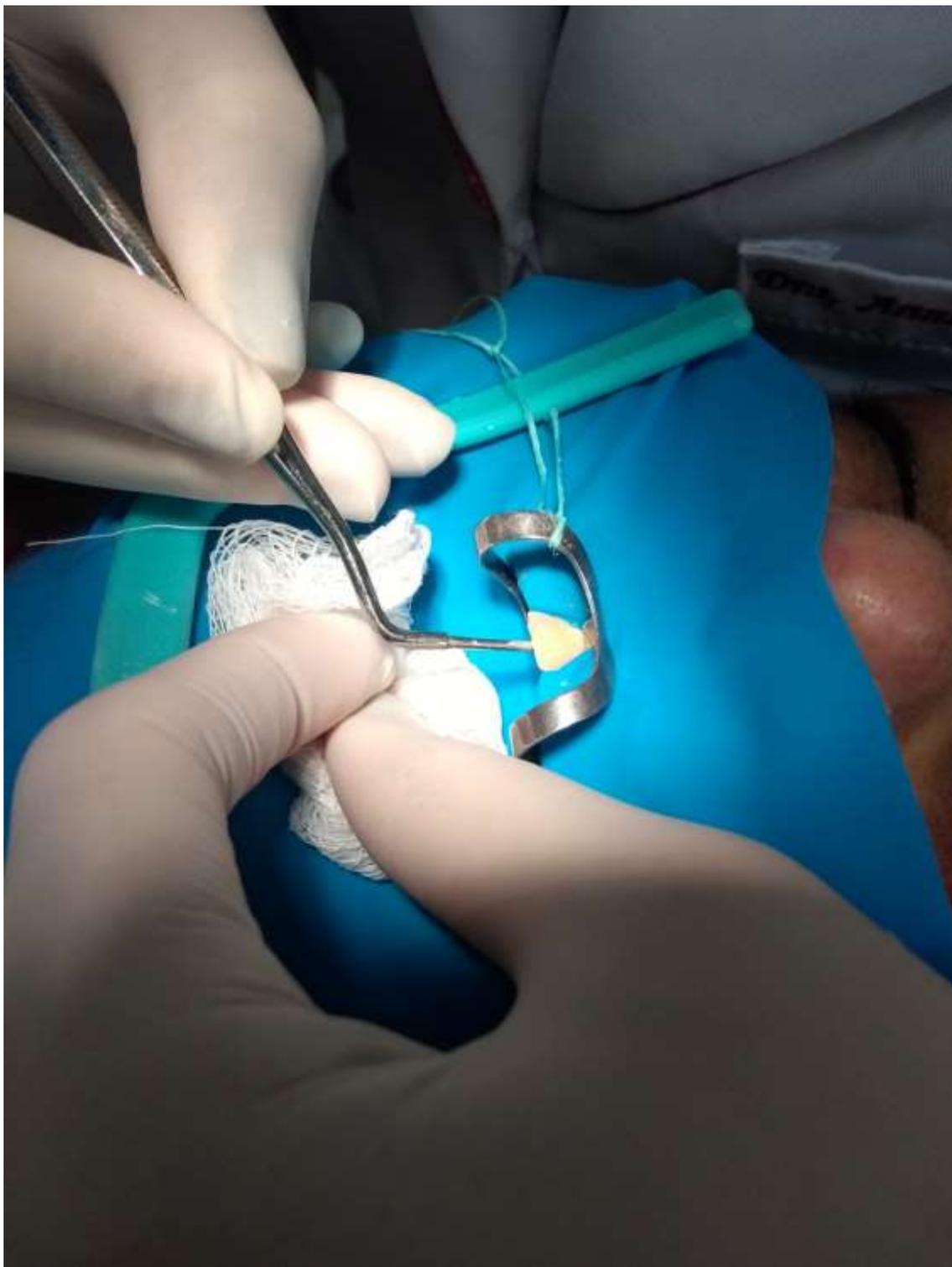


**Figura 07-** Aplicação de EDTA a 17%

Posteriormente foi realizado a técnica de obturação por condensação lateral, com utilização dos espaçadores digitais e condensador de paiva(Figura 09). O cimento utilizado foi o Endofil, manipulado com espátula nº 24. O cimento foi levado aos condutos juntamente com os cones de guta percha nº 25/06 e os 4 cones acessórios nº R8. (Figura 08).



**Figura 08-** Técnica de condensação lateral.



**Figura 09-** Condensação vertical com condensador de Paiva.

Após a condensação foi utilizada broca carbide para limpeza da câmara pulpar, e algodão com álcool 70%.

Colocou-se em seguida, Cotosol® como selador, e IRM como material restaurador provisório, e realização de exame radiográfico final. (Figura 10).



**Figura 10** – Raio X final do caso de retratamento do dente.

Não foi possível a realização de preservação do tratamento, pois não houve tempo necessário para ser executado.

## 5. DISCUSSÃO

A endodontia vem tendo muitos avanços científicos e tecnológicos com o passar dos anos, e mesmo com esses avanços ainda não se obtém sucesso em todos os casos. Os fracassos estão associados a vários fatores como: falha durante a execução de técnicas, causas microbianas e causas morfológicas (LIN et al. 1991; ABOU- RASS, 1982; SIQUEIRA Jr, 1997; KOST et al, 2006).

Para estes casos de insucesso, temos como primeira escolha de tratamento, a reintervenção endodôntica, que na grande parte dos casos, se mostra eficiente como evidenciam os artigos utilizados neste trabalho (LOPES, SIQUEIRA, 2015).

Os índices de sucesso estão cada vez maiores com a evolução da endodontia, segundo alguns autores, temos uma taxa de 85,9% de sucesso para os retratamentos, mas para que isso ocorra, o profissional precisa estar apto a realizá-lo, ao iniciar pelo diagnóstico, sendo capaz de identificar os casos, tendo destreza nas etapas operatórias e preservando os casos até dois anos após o tratamento. Além de um adequado procedimento, a saúde do paciente também é um requisito importante para que se obtenha bons resultados (AGNES, 2009).

Devemos optar pelo retratamento endodôntico por várias causas, sendo porque ocorreu insucesso no tratamento prévio, evidenciado pela persistência/aumento de radiolucidez periapical, dor, fístula ou edema, canais tratados insatisfatoriamente, mobilidade, ou para se fazer um tratamento protético em que o elemento em questão irá servir como suporte (FACHIN, 1999; LOPES, SIQUEIRA Jr, 2004).

O retratamento endodôntico sempre será mais difícil e trabalhoso em relação ao tratamento inicial, já que a remoção do material obturador é essencial para a finalidade pretendida, e consiste em um empecilho ao reparo do conduto, que levará tempo e técnica para sua executá-la. Além disso, podemos encontrar mudanças da anatomia inicial do canal radicular, causadas por instrumentação errada, provocando perfurações, desvios, degraus, entre outros, que irá complicar ou poderá ser motivos para contraindicar o retratamento (LOPES, SIQUEIRA, 2010).

Durante a escolha da técnica, deve-se levar em consideração que quanto maior a capacidade de remover o material obturador já existente, proporcionando uma adequada limpeza e menor injúria ao remanescente dental, maiores são as chances de se obter resultados positivos ( AGNES, 2009).

Hoje em dia, o mercado nos proporciona diversos materiais e instrumentos que facilitam o tratamento, como soluções irrigadoras, solventes de guta percha, e instrumentos manuais e rotatórios(RODRIGUES, DUARTE, GUIMARÃES, VIVAN, BERNARDINELI, 2017).

## 6. CONCLUSÃO

Conclui-se por meio realização deste trabalho e através das análises bibliográficas que:

- O retratamento endodôntico deve ser realizado quando o tratamento inicial apresentar falhas de execução tornando o mesmo insatisfatório, com sintomas subjetivos e ausência de progressão de reparo ósseo.
- O retratamento endodôntico deve ser bem indicado, avaliando as suas vantagens e desvantagens, evitando assim complicações e erros.
- A remoção completa do material obturador é necessária para atingir os objetivos desejados.

## REFERÊNCIAS

- ABOU-RASS, M. *Evaluation and clinical management of previous endodontic therapy. Journal of Prosthetic Dentistry*.47.528-34, 1982;.
- AGNES, A. G. Retratamento endodôntico, revisão de literatura. Porto Alegre, 2009.
- CAMILO, A. F. M. Sistema de instrumentação recíprocante: Reciproc e Reciproc Blue. Porto, 2017.
- ESPINDOLA, A.C.S.; PASSOS, C.O.; SOUZA, E.D.A.; SANTOS, R.A. Avaliação do grau de sucesso e insucesso no tratamento endodôntico em dentes uni-radiculares. RGO. V.50, N.3, P.164-166. 2002.
- ESTRELA, C.; ESPONDA, L.C.A. Diagnóstico do insucesso endodôntico. In: ESTRELA, C. Ciência Endodôntica. São Paulo: Artes Médicas, p. 589-617, 2004.
- ESTRELA, C. Ciência Endodôntica. São Paulo: Artes médicas,1010p, 2004.
- FACHIN, E.V.F. Considerações sobre insucessos na Endodontia. R. Fac. Odontol. Porto Alegre, V.40, N.1, p.08-10, set 1999.
- GABARDO, M.C.L; DUFLOTH, F.; SARTORETTO, J.; HIRAI, V.; OLIVEIRA, D.C.; ROSA, E.A.R. Microbiologia do insucesso do tratamento endodôntico. Revista gestão & saúde. V. 1, n.1, p.11-17, 2009.
- GUIMARÃES Jr, E. Instrumentos endodônticos de uso único. Piracicaba, 2013.
- KOSTI, E; LAMBRIANIDIS, T; ECONOMIDES, N; NEOFITOU, C. *Ex vivo study of the efficacy of h-files and Rotary ni-ti instruments to remove gutta-percha and four types of sealer.* Int Endodon J.; 39:48-54, 2006.
- LIN, L.M; PASCON, E.A; SKRIBNER, J.E; GAENGLER, P; LANGELAND, K. *Clinical radiographic and histologic study of endodontic treatment failures.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. v. 11, p. 603-611, 1991.

LOCATELLI, P. N. Sistema WaveOne Gold no preparo de canais radiculares. Bauru, 2018.

LOPES, H.L; SIQUEIRA JR, JF Endodontia: Biologia e técnica. 2.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 980 p, 2004.

LOPES, H.L; SIQUEIRA JR, J.F. Endodontia: Biologia e técnica.3.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 968p, 2010.

MACHADO, D.E.F. Contra-indicações do tratamento endodôntico, 2014.

RODRIGUES, C. T.; DUARTE, M. A. H.; GUIMARÃES, B. M.; VIVAN, R. R.; BERNARDINELLI, N. *Comparison of two methods of irrigant agitation in the removal of residual filling material in retreatment.* Braz. Oral res. Vol.31. São Paulo, 2017.

SANT'ANNA, L. S. Eficácia da técnica rotatória na remoção do material obturador em casos de retratamento endodôntico. Porto Alegre, 2012.

SIQUEIRA JR, J.F; ARAUJO, M.C.P; GARCIA, P.F; FRAGA, R.C; SABÓIA, C.J.D. *Histological evolution of effectiveness of five instrumentation techniques for cleaning the apical third of root canals.* J Endod; 23 (8):499-502, 1997.

## ANEXO A- TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO

Uberaba, de junho 2018.

Eu,

---

CPF

RG

(Responsável

pele

menor

---

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos de relato de caso, como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo através do presente termo, os acadêmicos Annelise Campos Rodrigues e Christielley Angélica de Oliveira, sob orientação da professora Renata Oliveira Samuel a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo em que libero a utilização dessas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da criança e adolescente- ECA, Lei N.º8.069/1990), dos idosos (Estatuto do idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º5.296/2004), e ao Art.5º, X da Constituição Federal de 1988.

---

Participante da pesquisa (Responsável)

---

Annelyse Campos Rodrigues

(Responsável pelo projeto)

---

Christielley Angélica de Oliveira

(Responsável pelo projeto)

## **ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Nome do trabalho: RETRATAMENTO ENDODÔNTICO

ODONTOLÓGICA: RELATO DE CASO

Responsável pelo projeto;

Nome: Renata Oliveira Samuel

Conselho Regional nº: CROMG:39805 Telefone para contato: (034)98442-7096 Endereço: Rua Lagoa Formosa, nº 25 Damha I Uberaba- MG

Instituição: UNIVERSIDADE DE UBERABA

Projeto;

Você está sendo convidado para participar de um projeto de pesquisa na Universidade. O objetivo deste projeto será realizar o retratamento do canal radicular. Os seus dados serão mantidos em sigilo e serão utilizados apenas com fins científicos. Seu nome ou qualquer identificação sua (voz, foto, etc) jamais aparecerá. Pela sua participação no estudo, você não receberá nenhum pagamento e também não terá nenhum custo. Você pode parar de participar a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para o paciente ou tratamento/atendimento. Sinta-se a vontade para solicitar a qualquer momento, os esclarecimentos que você julgar necessários. Caso decida-se por não participar ou por não ser submetido a algum procedimento que lhe for solicitado, nenhuma penalidade será imposta a você, nem o tratamento ou atendimento será alterado ou prejudicado.

Você receberá uma cópia desse termo, assinado pela equipe onde constam os nomes e o telefone da equipe de pesquisadores, caso você queira ou precise entrar em contato com eles.

---

Nome do paciente ou responsável e assinatura

---

Renata Oliveira Samuel 034-984427096

---

Annelyse Campos Rodrigues 034-99185-9540

---

Christielley Angélica de Oliveira 034-99201-4126