

Uso de cimento biocerâmico para tratamento de perfuração radicular: relato de caso

Use of bioceramic cement for root perforation treatment: case report
Uso de cemento biocerâmico para el tratamiento de perforación radicular: reporte de caso

Monira Kansaon Tarabai¹
Vinícius Alves²
Camila Grasielle de Sá Azevedo³
Simone Angélica de Amormino Carvalho⁴
Grazielle Duarte⁵
Fernanda Hecksher de Andrade⁶

¹Graduanda Odontologia/ Cidade Universitária UNA-BH (Campus Aimorés)

²Especialista em Endodontia/SLMandic-BH

³Professora Adjunta do Departamento de Odontologia/Cidade Universitária UNA-BH (Campus Aimorés)

⁴Professora Adjunta do Departamento de Odontologia/Cidade Universitária UNA-BH (Campus Aimorés)

⁵Coordenadora e Professora da Especialização de Endodontia/ SLMandic-BH

⁶Coordenadora e Professora da Especialização de Endodontia /SLMandic-BH

Categoria: Caso clínico

Eixo temático: Endodontia

1 Introdução

O uso de biocerâmicos na odontologia, especialmente para a perfuração radicular, tem se tornado cada vez mais comum, devido às suas propriedades benéficas: biocompatibilidade, estabilidade dimensional, propriedades antimicrobianas, propriedades de vedamento e bioatividade. Dentes com restaurações antigas e extensas em amálgama, tem a tendência de maior acúmulo de dentina terciária, devido ao estresse causado durante as forças mastigatórias. Desta forma fissuras encontradas durante a inspeção com a sonda de ponta reta, muitas vezes sugere a embocadura de canais que supostamente tenham sido naturalmente obliterados pelo processo dentinário reacional, principalmente se demais canais também apresentarem um certo grau de atresia durante o processo de cateterismo, podendo ocorrer perfurações radiculares. A endodontia através dos cimentos biocerâmicos tem preservado o elemento dental, restabelecendo sua saúde e função.

2 Descrição de caso clínico

Paciente MSDAGS, de 63 anos, saudável, sem doenças sistêmicas, compareceu ao consultório odontológico, com queixa de dor intermitente no elemento 26. Ao exame clínico observou-se extensa restauração classe II em amálgama. Foram realizados testes de sensibilidade pulpar, onde o elemento dental apresentou dor aguda a percussão vertical, horizontal e ao teste térmico de frio, sugestivo de dente com pulpite sintomática. Também foi realizada a inspeção minuciosa da restauração, onde observou-se leve espessamento entre o dente e o amálgama sugerindo possível infiltração. Ao exame de sondagem periodontal o elemento em questão apresentou gengiva hígida, descartando a possibilidade de possível fratura vertical ou possíveis doenças periodontais. Como exame complementar foi realizada radiografia periapical, onde concluímos que o dente em questão teria indicação para endodontia. A paciente ciente da condição clínica concordou em realizarmos o tratamento. Desta forma, iniciou-se o tratamento na mesma consulta, sendo realizado anestesia local com a técnica de bloqueio do nervo alveolar superior posterior e anestesia papilar, a fim de promover mais conforto ao paciente durante o tratamento, para adaptação de um grampo para isolamento absoluto. Posteriormente foi realizada a cirurgia de acesso coronário removendo todo amálgama, deixando apenas parte da parede distal. Foi utilizado broca de haste longa do tipo 1014. Remoção e alisamento de paredes e ângulos com broca do tipo endo-z. Em seguida realizou-se o isolamento absoluto com grampo sem asa do tipo 26. O elemento devidamente isolado e pronto para continuar o tratamento seguimos com a sonda de ponta reta, onde foi realizado a inspeção criteriosa da entrada dos canais para identificar as suas respectivas embocaduras. Os canais palatino, disto vestibular e méso vestibular foram localizados a princípio e uma pequena fissura na região entre o canal méso vestibular e palatino foi encontrada, sugerindo ser o canal méso vestibular 2. Após conclusão dessa etapa de localização dos canais, foi realizado irrigação abundante da câmara pulpar com seringa hipodérmica de 5 ml (ultradent), agulha com saída lateral (MKlife) inundando a câmara pulpar e embocadura dos canais com NaOCl 2,5% (Cloro Rio Rioquímica). Posteriormente realizou-se o cateterismo a menos 5mm do comprimento aparente do dente com lima manual do tipo K #10 (Kendo) e #15 (Kendo). Passou-se então, para etapa de pré-alargamento dos terços cervical e médio com lima rotatória do tipo Orifice shaper, sempre com irrigação abundante e aspiração entre cada troca de lima. Ao exame clínico pôde-se notar, que o canal méso-vestibular (MV2) apresentou sangramento excessivo, não cessando com irrigação do mesmo com soro fisiológico e pó de hidróxido de cálcio. Foi realizado o preenchimento dos canais com medicação intracanal com pasta de hidróxido de cálcio e realizar selamento provisório da câmara com resina do tipo flow. A paciente foi comunicada sobre a situação e a mesma concordou em realizar exame de tomografia computadorizada do tipo feixe cônico para podermos investigar o possível motivo do sangramento incessante. Em um segundo momento, com a tomografia computadorizada foi observado através da avaliação dos cortes tomográficos que a região onde supostamente estaria o canal méso vestibular 2 apresentava um desvio, provavelmente causado durante a instrumentação inicial. Uma vez descoberta a causa do sangramento, partimos para o processo reparatório. Foi realizada a instrumentação dos demais

canais com lima recíprocante do tipo 25.06 #25mm e refinamento apical com lima recíprocante 35.04 #25mm, sempre com irrigação e aspiração abundante a cada troca de lima. Após a instrumentação foi realizado o protocolo de agitação (PUI) da solução irrigante (NaOCl) e quelante (EDTA) com contra ângulo e lima plástica easy clean (easy), secagem dos canais com sugador endodôntico (ssplus) e cones de papel absorvente. Partimos para obturação dos canais utilizando cimento endodôntico do tipo resinoso e técnica do cone único FM calibrado em #35 (ODOUS). Canais devidamente obturados, partimos para o vedamento do desvio. Foi realizada lavagem e irrigação abundante com água de cal, enquanto o cimento biocerâmico reparador era manipulado. Após manipulado o mesmo foi inserido e acomodado no desvio com calcador vertical e sua embocadura selada com ionômero de vidro e resina do tipo flow. O preenchimento da câmara pulpar com esponja estéril e selamento com resina do tipo flow. Foi realizada radiografia periapical final onde os canais se apresentaram devidamente instrumentados, obturados e selamento de perfuração radicular.

3 Resultado

Paciente totalmente assintomática, dente com ausência de lesão periapical com prognóstico positivo e encaminhada para reabilitação protética. Caso finalizado no dia 25/06/2024, paciente esclarecida sobre todo o processo e determinada a retornar a cada 6 meses para avaliações de rotina e preservação do reparo.

4 Considerações finais

O uso de biocerâmicos representa um avanço significativo na odontologia, oferecendo soluções eficazes e seguras para o tratamento de perfurações radiculares devido à excelente biocompatibilidade, propriedades antimicrobianas e promoção da regeneração tecidual.

Palavras-chave: endodontia; vedamento e bioatividade; pulpite sintomática irreversível aguda.

Referências

1. Freires IA, Cavalcanti YW. Proteção do complexo dentino pulpar: indicações, técnicas e materiais para uma boa prática clínica. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, 2011;13(4):69-80.
2. Mandarino F. Restaurações de amálgama em cavidades complexas. Versão 1.0 de 2003 [Internet]. Ribeirão Preto - SP: FORP-USP; 2003 [citado 13 jun 2024]. Disponível em: forp.usp.br/restauradora/dentistica/temas/amalgama/amalgama_11/amalgama_11.html.

3. Silva SC. A relevância dos materiais protetores do complexo dentinho pulpar: uma revisão de literatura [Trabalho de Conclusão de Curso na Internet]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2023 [citado 15 jul 2024]. 43p. Disponível em: https://www.uel.br/graduacao/odontologia/portal/pages/arquivos/TCC2022/STEFANE_COSTA.pdf.

4. Silva EL, Januário MVS, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Urgência em Endodontia: diagnóstico e tratamento em casos de pulpite irreversível sintomática. Revista Salusvita [Internet]. 2020 [citado 15 jul 2024];39(1):153-68. Disponível em: https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v39_n1_2020/salusvita_v39_n1_2020_art_13.pdf.

5. Ten Cate R. Histologia bucal: desenvolvimento, estrutura e função. 5 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 2001. p. 205-221.

Autor de Correspondência

Monira Kansaon Tarabai

monirakansaon.odonto@gmail.com