



## ***Retratamento endodôntico de dente com obturação inadequada e lesão periapical extensa***

Rosana Maria Coelho Travassos, Samuel Nogueira Lima, Gustavo Moreira Almeida, Priscila Prosini, Adriane Tenório Dourado Chaves, Josué Alves, William José Lopes de Freitas, Vânia Cavalcanti Ribeiro da Silva, Verônica Maria de Sá Rodrigues, Izabella Christina Xavier Lins, Emmanuel Brito Carvalho De Sá, Mônica Maria de Albuquerque Pontes, Kattyenne Kabbaz Asfora, Alexandre Batista Lopes Nascimento



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n3p1946-1955>

Artigo recebido em 16 de Fevereiro e publicado em 26 de Março de 2025

### **Relato de caso**

#### **RESUMO**

O objetivo no presente artigo foi o de relatar um caso clínico de insucesso do tratamento primário e o retratamento endodôntico realizado em única sessão. Paciente de 42 anos, foi encaminhado ao consultório de um especialista em endodontia para retratamento endodôntico. O exame radiográfico demonstrou uma obturação inadequada e extensa lesão periapical. O material obturador foi removido com sistema rotatório Prodesgn e o reparo foi realizado com Lima Solla Collors rotatórias 50/04 e a patência foraminal foi feita com a Lima de Glidepath Solla Collors 16/02 no forame apical.. A obturação foi realizada pela técnica do cone único associado ao cimento Bio-C Sealer. Concluiu-se que o retratamento realizado em única sessão determinou o sucesso do retratamento endodôntico, uma vez que a preservação clínica e radiográfica comprovou indícios de reparo da lesão periapical após 4 meses do tratamento.

**Palavras-chave:** Endodontia; Retratamento; Tratamento Conservador.



## ABSTRACT

The aim of this article was to report a clinical case of failure of primary treatment and endodontic retreatment performed in a single session. A 42-year-old patient was referred to the office of an endodontic specialist for endodontic retreatment. The radiographic examination showed inadequate obturation and extensive periapical lesion. The filling material was removed with a Prodesgn rotary system and reparation was performed with a Solla Collors rotary file 50/04 and foraminal patency was achieved with a Solla Collors Glidepath file 16/02 in the apical foramen. The filling was performed using the single cone technique associated with Bio-C Sealer cement. It was concluded that retreatment performed in a single session determined the success of endodontic retreatment, since clinical and radiographic follow-up demonstrated signs of repair of the periapical lesion after 4 months of treatment.

**Keywords:** Endodontics; Retreatment; Conservative Treatment.

Instituição afiliada – Faculdade de Odontologia de Pernambuco

Autor correspondente: Rosana Maria Coelho Travassos - [rosana.travassos@upe.br](mailto:rosana.travassos@upe.br)

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



## **INTRODUÇÃO**

O cirurgião-dentista precisa estar atento às causas do fracasso do tratamento endodôntico e levar em consideração a relação de custo-benefício do retratamento endodôntico versus cirurgia perirradicular. O retratamento endodôntico possui etapas que demandam tempo, dedicação e habilidade profissional. Durante a desobstrução dos canais, foi confirmado que permanecem restos de obturação endodôntica nas paredes radiculares. Sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas para comparar a efetividade de limpeza dos canais durante a remoção da guta percha com métodos termomecânicos e químico-mecânicos e que se previnam acidentes e iatrogenias durante a execução do retratamento, seguindo rigorosamente o protocolo clínico. (Pereira, 2022).

A periodontite apical persistente é uma doença associada, principalmente, à infecção bacteriana que permanece no sistema de canal radicular e, às vezes, na região periapical. Vários estudos relataram que a grande maioria destes casos estão relacionados a procedimentos clínicos que não atendem aos padrões aceitáveis e, conseqüentemente, falharam em controlar infecção radicular. (De Moor et al., 2000).

Um resultado favorável do retratamento endodôntico não cirúrgico em dentes com doença pós-tratamento dependerá do controle adequado da infecção, incluindo não apenas o canal radicular principal, mas também áreas de difícil acesso, ramificações laterais e apicais, istmos e túbulos dentinários. Nesse contexto, a remoção adequada do material obturador anterior é de fundamental importância para a desinfecção durante o retratamento. (Alves et al. 2022)

Apesar do elevado índice de sucesso que a terapia endodôntica alcança, não é raro deparar-se na clínica com pacientes que traduzem o fracasso dessa terapêutica, constatada através de sinais e sintomas como sensibilidade à percussão, dor, presença de fístulas ou imagens radiográficas que sugerem aparecimento ou aumento da rarefação óssea pré-existente. Diante do insucesso, o retratamento endodôntico convencional deverá ser, sempre que possível, a terapia de escolha. (Travassos et al. 2024).

Os instrumentos mecanizados rotatórios são eficientes nos casos de

retratamento endodôntico, visando a melhora na remoção do material obturador e com menos tempo de trabalho. Além disso, o estudo mostra que existem marcas específicas, que produziram os arquivos apropriados para a remoção do material obturador. Com a inovação dos instrumentos rotatórios, trouxe também um avanço para a especialidade na endodontia, possibilitando superar os problemas de limpeza e a desinfecção dos canais radiculares mais complexos, grandes vantagens na remoção de dentina e menor extrusão do material obturador. Matos, 2021).

## **Relato de caso**

Paciente de 49 anos, foi encaminhado ao endodontista para realizar o retratamento relatou do incisivo inferior direito. O paciente assinou o consentimento informado foi obtido antes do início do tratamento. Ao exame radiográfico periapical, observou-se, radiotransparência óssea periapical no dente 42, e o diagnóstico provável foi o de periodontite apical crônica. (Figura 1).

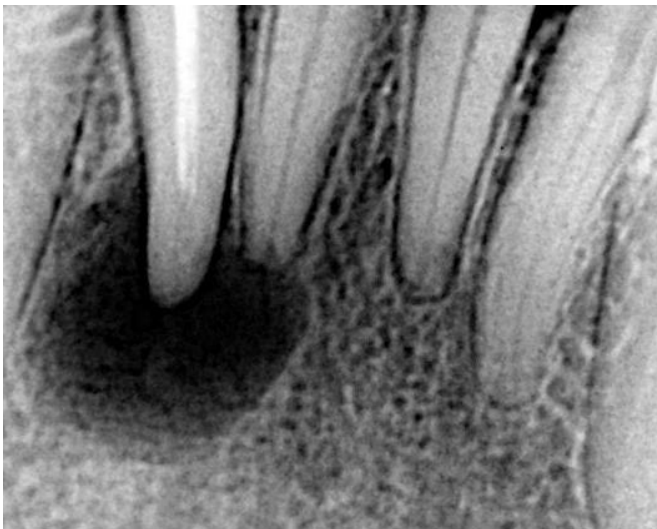


Figura 1- Radiotransparência óssea periapical no dente 42

Realizada a anestesia e isolado absoluto com um dique de borracha foi feita a abertura coronária com broca 2015 (KG-Sorensen). A remoção do material obturador foi feita com Lima Solla Files Reciprocante Collors R25, associada à irrigação e aspiração com Hipoclorito de sódio a 2,5%. O comprimento de trabalho foi determinado com localizador apical, (Iroot Apex da Easy). A patência foraminal foi feita com a Lima de Glidepath Solla Collors 16/02 1 milímetro além da saída do forame apical. O reparo

do canal foi realizado com Lima Solla Files Reciprocante Collors R50, seguida da irrigação com o mesmo irrigante.

A obturação do sistema de canais radiculares feita pela técnica de cone único associado ao cimento Bio C Sealer. A proervação clínica e radiográfica foi realizada após 4 meses do retratamento, evidenciando-se, formação de osso medular indicando reparo da radiotransparência óssea periapical. (Figura 2).

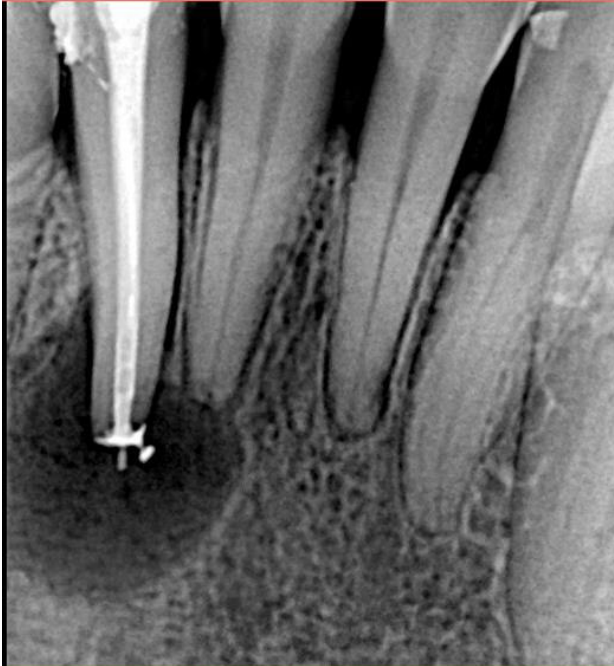


Figura 2 – Formação de osso medular mostrando o início do reparo apical.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Retratamento é sempre um desafio maior ao operador, exames de imagem de qualidade prévios são imprescindíveis para uma intervenção mais tranquila e previsível, são essenciais ao planejamento, diminuem a chance de surpresas durante o procedimento, como variáveis anatômicas, atresias e curvaturas acentuadas, e a utilização de materiais eficientes e de qualidade reduzem o tempo de trabalho e proporcionam maior conforto ao paciente, fornecendo um prognóstico favorável. (Mergoni, et al. 2022).

O retratamento endodôntico convencional é uma forma de manipulação endodôntica que tem funções de solubilizar e retirar material de preenchimento, desinfetar e remodelar os canais e colocar uma nova obturação endodôntica no espaço

criado. É frequente a procura de pacientes por retratamento endodôntico nos consultórios dentários. Diante do fracasso do retratamento convencional, a cirurgia periapical é a modalidade cirúrgica indicada com finalidade de remoção do agente etiológico da região perirradicular com doença periapical. No entanto, o profissional dentista precisa realizar um bom exame clínico e radiográfico para seleção de casos aptos ao retratamento endodôntico. Apesar de o retratamento endodôntico convencional ser um procedimento oneroso, há uma grande previsibilidade de sucesso endodôntico, exceto em casos de lesões perirradiculares persistentes. Com o advento da modernidade, houve um aperfeiçoamento nos instrumentos endodônticos rotatórios para uso exclusivo durante o retratamento. Pode-se concluir que nenhuma técnica empregada durante a desobturação dos condutos foi eficiente em remover completamente a guta-percha. (Pereira, 2022).

Embora a terapia inicial do canal radicular seja um procedimento previsível com alto grau de sucesso, falhas podem ocorrer após o tratamento e, quando ocorrem, um tratamento adicional é requerido para obter um resultado bem-sucedido. O termo retratamento é amplamente utilizado em endodontia para denotar uma nova intervenção destinada a reter o dente na cavidade oral, fornecendo novo preparo químico, nova instrumentação e preenchimento dos canais radiculares. O retratamento é classificado em dois grandes grupos – não cirúrgico ou convencional ou cirúrgico. O não cirúrgico é feito por meio dos canais radiculares e utilizado nos casos em que o tratamento inicial foi incompleto ou pela presença de tratamentos inadequados diagnosticados como insucessos. Esse procedimento envolve diferentes etapas, como o plano de tratamento, acesso à câmara e aos canais pulpare, desobstrução, reinstrumentação, obturação e controle pós operatório, por meio da utilização de instrumentos manuais, sistemas rotatórios e aparelhos ultrassônicos. (Patrial, 2023).

Muitos aspectos estão associados ao insucesso ao tratamento endodôntico, seja por causas microbiológicas, falhas na técnica e falhas no selamento. Diante disso, a primeira opção que se recorre é o retratamento endodôntico. Os casos de insucesso podem apresentar sinais clínicos e/ou radiográficos em até 10 anos, ainda que a maioria deles serem evidenciadas em um período de 2 anos. A presença de patologia periapical é descrita na literatura endodôntica como o fator mais influente na diminuição da taxa de sucesso, o que influi decisivamente no prognóstico da decisão de reintervenção. A

lesão periapical persiste quando houve falha no controle microbiológico, havendo necessidade de uma nova tentativa de controlar a infecção existente (Zappe, 2018). O diagnóstico da Periodontite Apical pode ser obtido por meio de aspectos clínicos, exames de imagem, testes de sensibilidade pulpar e testes perirradiculares. Os aspectos clínicos podem ser caracterizados pelo escurecimento coronário e não apresenta sintomatologia na maioria dos casos. Radiograficamente, a periodontite se caracteriza por uma imagem radiolúcida circular ou ovalada, na região de ápice do dente em questão há o comprometimento da integridade da lâmina dura, caracterizando a lesão apical. Os testes de sensibilidade pulpar baseiam-se em frio e quente, normalmente, o dente acometido pela periodontite apical, não apresenta sensibilidade ao frio e raramente responde ao quente, devido às fibras do tipo C que ainda podem responder ao estímulo, por apresentar maior resistência a hipóxia tecidual. A percussão vertical em casos agudos é positiva; já a palpação nestes casos pode ou não ser positiva, pois, depende da extensão da resposta inflamatória. (RÔÇAS et al., 2015).

Os estudos e esforços constantes permitiram melhor configuração das limas, além de mais flexibilidade, rapidez, segurança e otimização do tempo clínico. .Dentre esses avanços, destaca-se a mecanização no preparo dos canais com a introdução de movimentos rotatórios em limas endodônticas, visando superação das dificuldades encontradas pela instrumentação manual, como demora nos procedimentos, estresse profissional e fraturas dos canais. (Gadelha et al. 2024).

A utilização de limas reciprocantes para remoção de materiais obturadores do sistema de canais radiculares é rápida e eficaz. A remoção do material obturador, obtenção da patência e limpeza do forame apical são, igualmente importantes para um bom prognóstico, visto que a região apical contém um maior acúmulo de debris e tecido necrótico. Se a patência não é obtida, o tratamento tem um prognóstico inferior em relação aos preparos que alcançam todo o comprimento de trabalho. Mas quando há presença de lesão periapical pré-existente, o tratamento está 4,5 vezes mais propenso a falhar comparando com casos sem lesão. (Negishi et al, 2005).

A obturação adequada do canal, tem um impacto profundo na eficácia da terapia endodôntica. Essa obturação deve ser realizada de forma precisa, de modo a vedar hermeticamente o canal radicular, impedindo a entrada de microrganismos. No entanto, sua importância vai além disso. Uma obturação adequada também é capaz de promover

um ambiente propício para o reparo tecidual na região periapical, permitindo que os tecidos se restauram naturalmente e evitando a recorrência de infecções (Travassos et al., 2023). Como relatado no caso presente, o retratamento endodôntico convencional foi bem-sucedido e suficiente para eliminar os processos infecciosos do sistema de canais radiculares, permitindo uma neoformação óssea periapical, por meio de uma limpeza e desinfecção eficaz, e obturação com bom selamento apical. Além disso, é de extrema importância a preservação do paciente visando avaliar a evolução do processo de regressão da lesão periapical para o estabelecimento do sucesso do tratamento endodôntico. A partir do acompanhamento clínico e radiográfico, constatou-se remissão da lesão e sucesso no tratamento endodôntico (Alves, 2024).

A hierarquia no tratamento deve ser respeitada. Portanto o tratamento endodôntico deve ser realizado respeitando o quanto o tratamento é invasivo, assim deve-se planejar intervenções considerando uma sequência do tratamento menos invasivo para o mais, se necessário. Considerando esse raciocínio, a primeira opção terapêutica para periodontite apical assintomática deve ser o tratamento endodôntico seguido de acompanhamento radiográfico (KIRCHHOFF et al., 2013). Tal conduta mais conservadora foi a intervenção que preconizamos no caso clínico apresentado.

Os resultados do tratamento podem ser influenciados por uma série de condições pré-operatórias, intra-operatórias e pós-operatórias; dentes com lesões menores e obturações de canal radicular excessivamente curtas ou além do forame apical podem ter melhores resultados em comparação com dentes com lesões extensas. Para determinar o resultado do tratamento endodôntico, avaliações clínicas e radiográficas precisam ser feitas nas consultas de acompanhamento. Após avaliação completa, o resultado do tratamento endodôntico pode ser categorizado como bem sucedido ou como insucesso com base nas características clínicas e radiográficas. Também pode ser classificado como curado, em processo de cicatrização ou não curado, dependendo do estado periapical do dente tratado. (Ganguly et al. 2024). O sucesso ou fracasso do tratamento endodôntico pode ser avaliado com base nas características clínicas e radiográficas, bem como no estado de cicatrização da região periapical, que nesse caso, comprovou o sucesso clínico e radiográfico, uma vez que, exame radiográfico demonstrou neoformação óssea periapical, com presença de osso medular.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o retratamento realizado em única sessão determinou o sucesso do retratamento endodôntico, uma vez que a preservação clínica e radiográfica comprovou indícios de reparo da lesão periapical após 4 meses do tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, FRF et al. Removal of the previous root canal filling material for retreatment: Implications and techniques. *Appl Sci, Switzerland*, v. 12, n. 20, p. 1-13, Oct 2022.
- DE MOOR RJ, HOMMEZ GM, DE BOEVER JG, et al. Periapical health related to the quality of root canal treatment in a Belgian population. *Int Endod J* 2000;33:113–20.
- GADELHA, J. M. M. et al. Tratamento endodôntico em dentes posteriores: sistema de rotação contínua e recíprocante. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 7, n. 3, p. e69924, 2024.
- GANGULY et al. *IP Indian Journal of Conservative and Endodontics* 2024;9(3):121–128.
- KIRCHHOFF, A. L.; VIAPIANA, R.; RIBEIRO, R. G. Repercussões Periapicais em Dentes com Necrose Pulpar. *Revista Gaúcha Odontologia*, v.61, p.469-475, jul./dez. Porto Alegre. 2013.
- MATOS, Y.S. Uso dos sistemas rotatórios no retratamento endodôntico: Uma revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário AGES, 20F. 2021.
- MERGONI, G. et al. Single versus multiple visits for endodontic treatment of permanent teeth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022. London, v. 12, n. CD005296, p. 1-124.
- NEGISHI, J. et al. Risk analysis of failure of root canal treatment for teeth with inaccessible apical constriction. *J Dent.*;33(5):399-404, 2005
- PATRIAL, A.L.N.R. “Retratamento endodôntico / Ana Livia Nespoli Rogrigues Patrial. – Marília/SP, 2023. 35 f.
- PEREIRA, L.A. Retratamento Endodôntico: uma revisão de literatura dos últimos 18 ano. *e-Acadêmica*, v. 3, n. 1, e123197, 2022.
- RÔÇAS, I. N. et al. Patologia Pulpar e Perirradicular. *Endodontia Biologia e Técnica*. 4<sup>o</sup> ed. p. 15-46. Elsevier. 2015
- TRAVASSOS, R.M.C. et al. Retratamento endodôntico com Prodesign Logic RT. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 5, n. 4, p. 2393-2408, 2023.
- TRAVASSOS, R.M.C. et al. Retratamento do pré-molar inferior em sessão únicaHibridização do sistema Prodesign Logic RT e Lima Solla Collors. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n.11 (2024), p. 1036-1044.
- ZAPPE, B.B. Retratamento endodôntico – Relato de caso clínico. 2018. P. 32. Trabalho de Conclusão de curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.