



TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR INFERIOR COM SISTEMA RECIPROCANTE: RELATO DE CASO CLÍNICO

Luana Salanti – UNIUV^{1*}

Jéssica Carolina Dal Bó – UNIUV²

Ariane de Mello – UNIUV²

Marcelo Samistrano Turella – UNIUV³

Fabício Rutz da Silva – UNIUV⁴

Modalidade de Apresentação: Comunicação Oral

INTRODUÇÃO

Paciente do sexo feminino, com 19 anos, procurou o consultório com dor espontânea na região dos molares inferiores esquerdos. Em exame clínico, observou-se uma restauração em resina composta com características de infiltração no dente 36. O teste de sensibilidade pulpar teve resultado negativo e a radiografia demonstrou imagem com características de cisto. A partir desses elementos, o diagnóstico foi de polpa necrótica com indicação de necropulpectomia.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Apresentar a técnica de tratamento endodôntico mecanizado com sistema recíprocante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Expor o tratamento realizado e sua eficiência;
- Discutir indicações, vantagens e desvantagens do sistema apresentado.

METODOLOGIA

Depois de estabelecido o diagnóstico, foi iniciada a terapia endodôntica. Foi realizada a anestesia com o anestésico local mepivacaína com epinefrina 1:100.000 (Mepiadre-DFL[®]). Após a paciente relatar anestesia efetiva, foi realizada a cavidade de acesso endodôntica com pontas diamantadas 1014 e 3082 e, posteriormente, o isolamento absoluto. Foi usado, como substância química auxiliar, o gel de clorexidina 2% (Endogel[®], Essencial Farma – Itapetininga, SP, Brasil) e como solução irrigadora soro fisiológico. O preparo do terço cervical foi feito realizado com uma lima de níquel-titânio #30/10 do sistema Easy Endo[®] (Belo Horizonte, Brasil). Para estabelecimento do comprimento de trabalho foi realizada a técnica proposta por Ingle. No preparo do terço apical, foi usada lima recíprocante do sistema Wave One (Dentsply-Maillefer; Ballaigues, Suíça), sendo que nos canais mesiais foi usado o instrumento primary (#25/0.8) e no canal distal o instrumento large (40/0.8). A seguir, com o objetivo de remover a *smear layer*, foi utilizada solução de EDTA 17% (Biodinâmica, Ibiporã, Paraná, Brasil) por 3 minutos, com renovação a cada minuto. Na sequência, foi feita uma irrigação final com 10 ml de soro fisiológico (Abi-Rached *et al.*, 2014). Posteriormente, os canais foram secos com o auxílio de pontas aspiradoras Capillary Tips (Ultradent, Indaiatuba, São Paulo, Brasil) e pontas de

¹ Acadêmica do curso de Odontologia da UNIUV. E-mail: odo.luana.salanti@uniuv.edu.br

² Acadêmica do curso de Odontologia da UNIUV.

³ Professor do curso de Odontologia da UNIUV. Especialista em Implantodontia.

⁴ Professor do curso de Odontologia da UNIUV. Especialista em Periodontia e Endodontia, mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP/UNICAMP.



papel absorventes estéreis (Dentsply-Maillefer; Ballaigues, Suíça) (Balvedi *et al.*, 2010). Como curativo de demora, foi usado gel de clorexidina 2% + hidróxido de cálcio, sendo o dente selado com ionômero de vidro. Uma semana depois foi realizada nova consulta. A paciente relatou pequeno desconforto nas horas iniciais após a primeira sessão, mas menos de 24 horas depois esse desconforto havia cessado. Após a anestesia e isolamento absoluto, o curativo foi removido com soro fisiológico. Os canais foram inundados com EDTA 17% da mesma forma que na consulta inicial e foi realizada uma irrigação final com soro fisiológico. Após secagem da mesma forma que aquela realizada na primeira consulta, foram introduzidos cones de guta-percha do mesmo calibre que os instrumentos usados no preparo dos canais. O cimento endodôntico usado foi a base de óxido de zinco + eugenol (Endomethasone, Septodont, França). Após a radiografia de confirmação da qualidade do tratamento, o excesso de cones foi cortado e o dente restaurado provisoriamente com ionômero de vidro. A paciente foi encaminhada para restauração definitiva do elemento dentário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após seis meses do término do tratamento endodôntico, foi realizada radiografia de preservação. Por meio dessa radiografia, observou-se que a lesão havia regredido totalmente, o que, juntamente com a ausência de sintomas, demonstra o sucesso do caso.

REFERÊNCIAS

- Abi-Rached GP, Herrera DR, Zaia AA, Ferraz CC, Almeida JF, Gomes BP. **Efficacy of ethylene-diamine-tetra-acetic acid associated with chlorhexidine on intracanal medication removal: a scanning electron microscopy study.** *Microsc Res Tech.* 2014 Sep;77(9):735-9.
- Balvedi RPA, Versiani MA, Manna FF, Biffi JCG. A. **Comparison of two techniques for the removal of calcium hydroxide from root canals.** *Int Endod J.* 2010;43:763-8.
- Signoretto FG, Gomes BP, Montagner F, Barrichello Tosello F, Jacinto RC. **Influence of 2% chlorhexidine gel on calcium hydroxide ionic dissociation and its ability of reducing endotoxin.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011 May;111(5):653-8.
- Generali L, Righi E, Todesca MV, Consolo U. **Canal shaping with WaveOne reciprocating files: influence of operator experience on instrument breakage and canal preparation time.** *Odontology.* 2014 Jul;102(2):217-22.
- Carvalho RWF, Pereira CU, Anjos ED, Laureano Filho JR, Vasconcelos BCE. **Anestésicos locais: como escolher e prevenir complicações sistêmicas.** *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2010;51:113-120.