

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO - UNISAGRADO

MARIA EDUARDA GABRIEL DE BARROS FERREIRA

REABSORÇÕES DENTÁRIAS – RELATO DE CASO CLÍNICO SOBRE UMA
ABORDAGEM CIRÚRGICA

BAURU

2021

MARIA EDUARDA GABRIEL DE BARROS FERREIRA

REABSORÇÕES DENTÁRIAS – RELATO DE CASO CLÍNICO SOBRE UMA
ABORDAGEM CIRÚRGICA

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção de título de
bacharel em Odontologia - IASCJ -
Centro Universitário Sagrado Coração -
UNISAGRADO.

Orientador: Guilherme Ferreira da Silva

BAURU

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

F383r	<p>Ferreira, Maria Eduarda Gabriel de Barros</p> <p>Reabsorções Dentárias- Relato de caso clínico sobre uma abordagem cirúrgica / Maria Eduarda Gabriel de Barros Ferreira. -- 2021. 18f. : il.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Guilherme Ferreira da Silva</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP</p> <p>1. Reabsorção. 2. Radicular. 3. Selamento. 4. Biodentine. I. Silva, Guilherme Ferreira da. II. Título.</p>
-------	--

MARIA EDUARDA GABRIEL DE BARROS FERREIRA

REABSORÇÕES DENTÁRIAS- RELATO DE CASO CLÍNICO SOBRE UMA
ABORDAGEM CIRÚRGICA

Trabalho de Conclusão de Curso de
Graduação apresentado como parte dos
requisitos para obtenção de título de
bacharel em Odontologia - IASCJ -
Centro Universitário Sagrado Coração -
UNISAGRADO.

Aprovado em: 02/12/2021

Banca examinadora:

Prof. Dr. Guilherme Ferreira da Silva (Orientador)
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Prof, Dr. Valdey Suedam
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Prof. a Dra. Carolina Ortigosa Cunha
Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO

Dedico este trabalho aos meus pais, minha família, meus professores e ao meu namorado, os quais nunca mediram esforços para fazer esse sonho se tornar real.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente começo agradecendo a Deus por toda a minha conquista até aqui, pois foi ele quem me deu forças para vencer esses 4 anos, os quais foram os mais difíceis até hoje e pela força concedida por ele que agora o meu sonho está se tornando realidade.

Agradeço a minha família em especial minha mãe Roseli Aparecida Gabriel de Barros e ao meu pai Reginaldo Francisco de Barros Ferreira que nunca desistiram e sempre estiveram ao meu lado nos momentos mais turbulentos me dando força e fazendo acreditar que eu era capaz de vencer, mesmo de longe quando tudo parecia perdido eles me ligavam, me acalmavam e me levantavam fazendo eu enfrentar todos os medos e problemas. A minha vó, minha madrinha e minha prima que em todos esses anos me apoiaram e incentivaram a correr atrás das minhas conquistas.

As minhas amigas Laura Guedes e Gabriela Tayano que foram essenciais nesses 4 anos elas que viveram todas as emoções comigo, sendo elas tristes ou felizes, sem esse trio eu não sei o que seria de mim hoje, obrigada por tudo. Agradeço ao meu namorado que esteve ao meu lado desde começo me dando forças a cada dia que se passava e vinha um novo desafio.

Por fim, quero agradecer todos os professores que fizeram parte da minha trajetória e dizer que vou levar cada pedacinho do ensinamento de vocês eternamente em meu coração.

RESUMO

O objetivo do presente estudo é por meio de um relato de caso clínico, discutir os aspectos relacionados ao tratamento das reabsorções dentárias. A reabsorção dentária é conhecida como um fenômeno local, patológico ou fisiológico, decorrentes de traumas por fratura radicular e coronária, luxação lateral, intrusão e avulsão. Na maioria das vezes, há envolvimento pulpar e periodontal ou os dois. As reabsorções dentárias são classificadas como reabsorções externas, reabsorções internas, reabsorções internas/externas e ainda dentro de cada uma delas existem algumas divisões. As reabsorções dentárias internas são progressivas ou transitórias podendo iniciar em qualquer ponto da cavidade. Paciente compareceu à clínica de Odontologia, sendo diagnosticado com reabsorção radicular no dente 23. Por meio dos exames de imagem radiográfico e tomográfico foi realizado o planejamento para tratamento cirúrgico como selamento da reabsorção interna/externa com material Biodentine. Após dois meses de acompanhamento, o paciente retornou à clínica e não foram observadas nenhuma alteração clínica ou radiográfica que indicasse o insucesso do tratamento. Diante do exposto, considerando a ausência de sinais e sintomas do paciente, pode-se concluir que o tratamento realizado obteve sucesso e é uma alternativa viável para a resolução de casos de reabsorções.

Palavras-chave: Reabsorção. Radicular. Selamento. Biodentine.

ABSTRACT

The aim of the present study is, through a clinical case report, to discuss aspects related to the treatment of tooth resorptions. Dental resorption is known as a local, pathological or physiological phenomenon, resulting from trauma caused by root and coronary fractures, lateral dislocation, intrusion and avulsion. Most of the time, there is pulpal and periodontal involvement or both. Dental resorptions are classified as external resorptions, internal resorptions, internal/ external resorptions and even within each of them there are some divisions. Internal tooth resorptions are progressive or transient and can start at any point in the cavity. The patient attended the dentistry clinic and was diagnosed with root resorption in tooth 23. Through radiographic and tomographic imaging, the planning for surgical treatment was carried out, such as sealing the internal/ external resorption with Biodentine material. After two months of follow-up, the patient returned to the clinic and no clinical or radiographic changes were observed to indicate treatment failure. Given the above, considering the absence of signs and symptoms of the patient, it can be concluded that the treatment performed was successful and is a viable alternative for resolving cases of resorptions.

Keywords: Resorption. Root. Sealing. Biodentine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Radiografia periapical do dente 24 na qual foi constatada a fratura radicular (seta verde) e a reabsorção no dente 23 (seta vermelha).....	12
Figura 2 - Radiografia periapical do dente 23 mostra toda a extensão da reabsorção....	12
Figura 3 - Imagem tomográfica representando comunicação da reabsorção externa com a cavidade pulpar (seta vermelha).	13
Figura 4 - Imagem ilustrando a condição clínica do paciente.	13
Figura 5 - Inserção do material biocerâmico Biodentine.	14
Figura 6 - Material reparador em posição	14

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS	11
3 RELATO DE CASO	12
4 DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

A reabsorção dentária é um fenômeno local, patológico ou fisiológico que acontece em virtude da perda de cemento e dentina, induzidas por eventos de traumas e infecções. Os traumas podem ser por fratura radicular e coronária, luxação lateral, intrusão e avulsão seguida de reimplante. Além disso, os movimentos ortodônticos intempestivos, dentes impactados, necrose pulpar perirradicular, trauma oclusal ou tecido patológico como neoplasias ou cistos também são considerados fatores para a reabsorção dentária. Na patologia das reabsorções, na maioria das vezes, há envolvimento pulpar, periodontal ou ambos (LAZZARETTI et al., 2014; ABDULLAH et al., 2017).

As reabsorções dentárias são classificadas pela função da superfície acometida em: reabsorções externas, reabsorções internas, reabsorções internas/externas e dentro de cada uma delas existem algumas divisões ainda. Quando se trata de reabsorção dentária externa, em exames radiográficos, é observado o contorno pulpar mantido, porém, com superposição do canal radicular sobre a área irregular da reabsorção. Nestes casos, ela se inicia na parte radicular externa podendo ser em qualquer ponto. A superfície radicular é protegida pelo cemento que funciona como uma barreira orgânica. No entanto, esta camada é sensível a pequenas agressões químicas, biológicas e físicas que podem danificá-la e, conseqüentemente, causar a reabsorção. A reabsorção externa pode ser ainda dividida em reabsorção dentária externa substitutiva. Esta alteração pode ser observada quando um trauma dentário é capaz de promover danos irreversíveis ao ligamento periodontal podendo ocorrer em transplantes, reimplantes e luxações. Os traumatismos responsáveis pelo maior número de reabsorção substitutiva são as luxações e a avulsão dentária, pois, quando ocorridas causam extensão ao ligamento periodontal (ABDULLAH et al., 2017; CONSOLARO 2013).

Em reabsorções substitutivas, cessada a inflamação as células tentam repovoar o local como uma competição e a raiz é substituída gradualmente por tecido ósseo. Clinicamente, a reabsorção dentária externa substitutiva é assintomática, o dente não apresenta mobilidade e continua estável. Ao exame radiográfico pode ser observada uma substituição contínua de raiz por tecido ósseo com margens irregulares, porém, esta evolução é lenta levando em torno de 3 a 10 anos para substituir a raiz dentária (CONSOLARO 2013).

A reabsorção dentária externa pode ser classificada ainda em reabsorção dentária externa transitória ou de superfície, que é causada por agressões pequenas, reparando-se espontaneamente ou reabsorção dentária externa por pressão provocada por movimentação ortodôntica, erupções dentárias, cistos, dentes impactados, traumas oclusais e neoplasias. As reabsorções dentárias oriundas das infecção endodôntica, necessitam de tratamento dos canais radiculares para sua resolução. São exemplos deste tipo de alteração a reabsorção dentária externa apical, localizada no ápice radicular em dentes com necrose pulpar e lesão perirradicular crônica, a reabsorção dentária externa lateral que ocorre nos terços médio ou apical da superfície radicular e a reabsorção dentária externa cervical invasiva (TROPE et al., 2000; PATEL et al., 2009).

Já as reabsorções internas iniciam-se em qualquer ponto da cavidade pulpar podendo ser progressivas ou transitórias. Nas progressivas, a reabsorção continua além do local que a dentina foi exposta e podemos classificá-las em substitutivas e inflamatórias. A reabsorção dentária interna de substituição tem como principal fator etiológico o trauma de baixa intensidade, localizada na coroa dentária e nos segmentos radiculares médio e cervical. Radiograficamente, apresenta aumento irregular da cavidade pulpar, ausência da linha radiopaca de demarcação entre o canal radicular e a imagem da reabsorção na dentina. Por outro lado, a reabsorção dentária interna inflamatória, caracteriza-se por casos assintomáticos, ocorrendo na face interna da cavidade pulpar, sendo o trauma e a infecção seu fator etiológico. Seu diagnóstico ocorre por meio do exame radiográfico de rotina, caracterizado por uma área circunscrita, com aumento uniforme. Clinicamente, quando localizada na coroa do dente, pode ser observada uma mancha rósea através do esmalte dentário. As reabsorções transitórias, por sua vez, envolvem apenas a perda de pré-dentina e odontoblastos sendo reparadas por tecido duro que preenchem a lacuna da reabsorção.

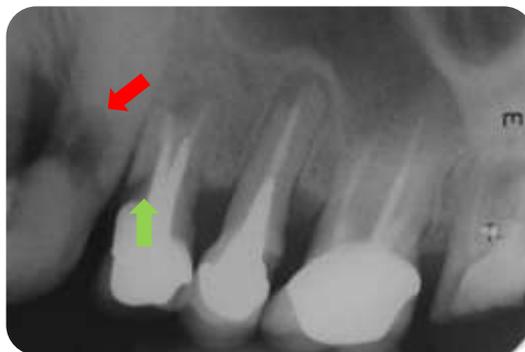
2 OBJETIVOS

O objetivo do presente estudo é por meio de um relato de caso clínico, discutir os aspectos relacionados ao tratamento das reabsorções dentárias.

3 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, L.A.G.F, compareceu à clínica Odontológica do bloco O do Unisagrado queixando-se de mobilidade somente do dente 24 (1° pré-molar superior esquerdo). O exame radiográfico da região evidenciou uma fratura radicular no dente 24 e um achado clínico de reabsorção radicular no dente 23 (canino superior esquerdo) (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Radiografia periapical do dente 24 na qual foi constatada a fratura radicular (seta verde) e a reabsorção no dente 23 (seta vermelha).



Fonte: Própria autoria.

Figura 2 - Radiografia periapical do dente 23 mostra toda a extensão da reabsorção

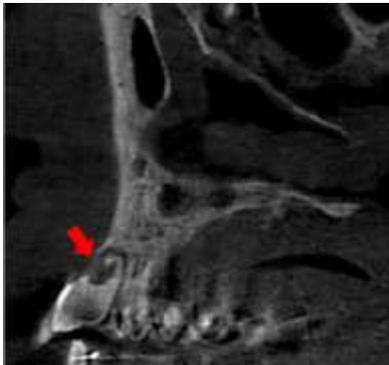


Fonte: Própria autoria.

Para complementação do diagnóstico e planejamento do caso clínico foi realizada uma tomografia computadorizada da região dos dentes 23 e 24. As imagens

tomográficas, revelaram a presença de uma reabsorção externa com comunicação com a cavidade pulpar (reabsorção interna-externa ou comunicante) (Figura 3).

Figura 3 - Imagem tomográfica representando comunicação da reabsorção externa com a cavidade pulpar (seta vermelha).



Fonte: Própria autoria.

Diante disso, como tratamento foi planejado o selamento externo desta reabsorção com um material reparador biocerâmico. Além disso, tendo em vista a fratura do dente 24 e a pouca inserção óssea do dente 25, planejou-se a extração destes dois elementos dentais (Figura 4).

Figura 4 - Imagem ilustrando a condição clínica do paciente.



Fonte: Própria autoria.

No dia agendado, após a confirmação de que a pressão arterial do paciente estava adequada, foi realizada a anestesia da região com Mepivacaína 2% com adrenalina (DFL, Brasil). Posteriormente, foi feita uma incisão intra-sulcular e descolamento do retalho gengival com o objetivo de expor a reabsorção do dente 23. Além disso, neste momento, também já foi realizada a extração dos dentes 24 e 25. Feito isso, irrigou-se abundantemente a loja cirúrgica com soro fisiológico. Para o selamento da reabsorção, utilizou-se o material biocerâmico Biodentine (Septodont,

Santa Catarina, Brasil) o qual foi manipulado de acordo com as instruções do fabricante. Então, com o auxílio de uma espátula de inserção (número 1), o material foi acondicionado, preenchendo toda a reabsorção (Figura 5). Tendo em vista que o exame tomográfico evidenciou a ausência de luz do canal radicular, não foi realizado nenhum tipo de intervenção endodôntica.

Figura 5 - Inserção do material biocerâmico Biodentine.



Fonte: Própria autoria.

Na região dos dentes 24 e 25 que foram extraídos, foi feita uma regeneração tecidual guiada com enxerto ósseo e membrana para auxiliar no processo de reparo ósseo. Finalmente, o retalho foi, cuidadosamente, reposicionado e foi realizada a sutura do tecido.

Dois meses depois, o paciente retornou para proservação do caso. Durante o exame clínico foi constatada ausência de sintomatologia dolorosa, edema e/ou fistula. Além disso, a radiografia periapical mostrou que o material reparador encontrava-se em posição e o osso estava em processo de reparo (Figura 6). O paciente foi reagendado para controles clínico e radiográfico futuros.

Figura 6 - Material reparador em posição



Fonte: Própria autoria.

4 DISCUSSÃO

As reabsorções representam manifestação patológica nos dentes permanentes e fisiológica, em dentes decíduos. Em algumas situações clínicas, como no tratamento ortodôntico, as reabsorções dentárias são frequentes e aceitáveis, desde que previstas e atenuadas, como parte do custo biológico para se ter dentes estética e funcionalmente adequados. Os mecanismos das reabsorções dentárias são conhecidos e suas causas estão relacionadas, especialmente aos traumas dentários. Clinicamente, são assintomáticas e, isoladamente, não induzem alterações pulpares, periapicais e periodontais (PATEL et al., 2009; MAVRIDOU et al., 2017).

Dependendo de sua origem e posição as reabsorções são classificadas de maneira diferentes e, uma vez, diagnosticadas constituem um verdadeiro desafio clínico para o profissional. O tratamento destas alterações depende de um planejamento correto e de técnicas específicas de acordo com o tipo de reabsorção.

Neste estudo, foi relatado um caso clínico com diagnóstico de reabsorção externa/interna, uma vez que, havia comunicação entre o periodonto e a cavidade pulpar. Para este diagnóstico, foi fundamental a tomografia computadorizada que, por ser um exame que proporciona imagens em diferentes cortes, identificou a localização e a extensão da reabsorção. Além disso, foi possível verificar extensa perda óssea nos dentes 24 e 25, resultando na opção pela extração destes elementos dentais. A tomografia computadorizada de feixe cônico é um recurso mais acurado no diagnóstico dessas lesões, e é uma tecnologia que pode oferecer aos clínicos informações diagnósticas relevantes que não podem ser garantidos nas radiografias convencionais (MADANI et al., 2016). Assim, diante das características clínicas, radiográficas e tomográficas foi possível estabelecer o diagnóstico de reabsorção externa/interna, uma alteração assintomáticas e que geralmente é percebida somente em exames de rotina, como no caso clínico relatado.

O tratamento proposto para as reabsorções dentárias do tipo interna/externa envolvem a endodontia internamento e o selamento externo com algum material restaurador (ionômero de vidro e resina composta) ou material reparador biocerâmico. A análise da tomografia do dente 23, evidenciou a ausência de luz do canal radicular, assim, optou-se pelo preenchimento de toda a reabsorção. Considerando que havia o contato com o osso alveolar, foi utilizado um material reparador para o selamento. O Biodentine é um produto à base de silicato de cálcio (biocerâmico) contendo óxido de

zircônio como radiopacificador no seu pó, misturado à um líquido com água e alguns aditivos, conferindo uma consistência densa (ou espessa), de fácil aplicação. Vários estudos mostram que o Biodentine apresenta tempo de presa adequado, adesividade à dentina, biocompatibilidade e bioatividade. Além disso, não causa manchamento da estrutura dental, sendo indicado, portanto, em dentes anteriores por não interferirem na estética.

Na região em que foram extraídos os dentes 24 e 25, foi realizado o enxerto ósseo seguido da colocação de uma membrana de colágeno. Esta técnica é conhecida como Regeneração Tecidual Guiada e tem como objetivo reconstruir os tecidos perdidos, impedindo a migração dos tecidos conjuntivo e epitelial para o local da lesão. Assim, as células do osso repovoam a superfície e regenerem o tecido reabsorvido. Neste estudo, ainda não foi possível verificar a formação óssea, visto que, o tempo de acompanhamento é curto (2 meses).

A preservação do caso clínico, até o presente momento, mostra que o tratamento realizado obteve êxito, uma vez que, o paciente não apresenta nenhum tipo de sensibilidade dolorosa ou edema. Além disso, o exame radiográfico, após dois meses, evidenciou que o material não solubilizou e encontra-se em posição no local da reabsorção. No entanto, é necessário acompanhamento por um tempo mais longo para que se confirme o sucesso do tratamento realizado no caso clínico descrito.

5 CONCLUSÃO

É importante que o cirurgião-dentista esteja atento às alterações radiográficas compatíveis com reabsorções, visto que, muitas vezes, clinicamente são assintomáticas. Os exames complementares por meio da tomografia computadorizada são ótimos aliados para confirmação do diagnóstico. Além disso, diante do caso clínico relatado, pode-se concluir que o tratamento cirúrgico com a colocação de um material reparador biocerâmico é uma alternativa viável para o tratamento de reabsorções dentinárias externas.

REFERÊNCIAS

ABDULLAH D, EZIANA HUSSEIN F, ABD GHANI H. Management of Perforating Idiopathic Internal Root Resorption. **Iran Endod J.** 2017 Spring;12(2):257-260.

ANDREASEN, Jo, Andreasen, FM. Root Resorption following traumatic dental injuries. **Precedings of the Finish Dental Society, Helsinki.** 1992; 88(Supplement I):95–114.

ANDREASEN, Jo. External root resorption: its implication in dental traumatology paedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. **Int Endod J.** 1985; 18:109–118.

CONSOLARO, Alberto. Reabsorções dentárias. **Dental Press.** 2 ed. Maringá, 2002.

CONSOLARO, Alberto. The four mechanisms of dental resorption initiation. **Dental Press J Orthod.** 18 ed. n. 3, p. 7-9, 2013.

KURT B, GOODELL KB, MINES P, et al. Impact of cone-beam computed tomography on treatment planning for external cervical resorption and a novel axial slice-based classification system. **J Endod.** 2018;2:239–44.

LAZZARETTI DN, BORTOLUZZI GS, FERNANDES LF, et al. Histologic evaluation of human pulp tissue after orthodontic intrusion. **J Endod** 2014;10:1537–40.

LOPES, HP, SIQUEIRA, JF, Jr. Endodontia: Biologia e técnica, **Guanabara Koogan,** 2ª ed. Rio de Janeiro: 2004.

MADANI Z, MOUDI E, BIJANI A, MAHMOUDI E. Diagnostic Accuracy of Cone-Beam Computed Tomography and Periapical Radiography in Internal Root Resorption. **Iran Endod J.** 2016 Winter;11(1):51-6.

MAVRIDOU AM, BERGMANS L, BARENDREGT D, et al. Descriptive analysis of factors associated with external cervical resorption. **J Endod** 2017;43:1602–10.

PATEL, S.; KANAGASINGAM, S.; PITT FORD, T. External cervical resorption: a review. **J Endod.** 35 ed. n. 5, p. 616-25, 2009.

TROPE, M. Luxation injuries and external root resorption-etiology, treatment, and prognosis. **J Calif Dent Assoc.** 28 ed. n. 11, p. 860-6, 2000.