

## **ANÁLISE DO SUCESSO ENDODONTICO EM DENTES TRATADOS COM DIFERENTES TIPOS DE RETENTORES INTRARRADICULARES. 4 ANOS DE ACOMPANHAMENTO.**

KAREN BICHET CALCAGNO<sup>1</sup>; MAXIMILIANO SÉRGIO CENCI<sup>2</sup>; ROGERIO CASTILHOS JACINTO<sup>3</sup>; TATIANA PEREIRA CENCI<sup>4</sup>

1 UFPEL – karen\_calcagno@hotmail.com

2 UFPEl – cencims@gmail.com

3 UFPEl – rogeriocastilho@hotmail.com

4 UFPEL – tatiana.dds@gmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

O sucesso do tratamento endodôntico está relacionado a fatores como o diagnóstico preciso, anatomia dental, manutenção da cadeia asséptica, preparo químico-mecânica correto, debridamento completo e desinfecção, obturação de vedação e restauração coronária adequada (1). No entanto, é comum a perda da estrutura do dente após endodontia reduz a resistência do dente. Nestes casos, retentores intrarradiculares, por exemplo, pinos de fibra ou núcleos metálicos fundidos são necessários para promover a retenção do material restaurador coronal para a porção radicular (2). No entanto parece haver influência do retentor intrarradicular na qualidade da restauração final, sendo um fator importante no sucesso da terapia endodôntica, uma vez que a infiltração coronária marginal pode conduzir a reinfecção da região apical.

No exame radiográfico, lesões periapicais aparecem áreas radiolúcidas circunscritas associadas a dentes necróticos. Fracassos endodônticos em dentes com periodontite apical são significativamente maiores do que em dentes com estrutura apical saudável (3,4). A avaliação do estado periapical em dentes submetidos ao tratamento endodôntico é um aspecto importante, pois pode ajudar a definir a necessidade de retratamento futuro e avaliação das intervenções anteriores e seus efeitos sobre o resultado do tratamento (5).

A qualidade da avaliação do tratamento endodôntico requer avaliações radiológicas, bem como acompanhamentos em intervalos regulares. Um espaço do ligamento periodontal intacto na região apical e ausência de sintomas clínicos são indicações de cura. Por outro lado, uma falha de um tratamento do canal radicular é usualmente caracterizada pela persistência da periodontite apical em torno do ápice do dente, mas se diminui a radiolucidez fora do tempo estipulado, o prognóstico também é considerado como sendo "cura" (6,7). O objetivo deste estudo foi avaliar se diferentes tipos de pinos intrarradiculares (fibra ou núcleo de metal fundido) influenciariam o sucesso do tratamento endodôntico.

### **2. METODOLOGIA**

Este foi um estudo clínico prospectivo, realizado entre 2009 e 2013, onde 86 pacientes adultos participaram com um total de 121 dentes nos quais foram feitos o tratamento endodôntico e a colocação do retentor intrarradicular, que foi escolhido entre núcleo metálico fundido e pino de fibra de vidro através de uma randomização prévia. Todos os pacientes antes da inscrição no estudo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa Local, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os dentes incluídos tinham altura de férula entre 0 a 0,5mm e depois da colocação do retentor, todos os dentes receberam coroas metalocerâmicas.

Para a colocação dos pinos de fibra de vidro, os canais foram preparados com as brocas do sistema, limpos com etanol e pré-tratados com silano. Foram cimentados com cimento resinoso e polimerizados por 40 segundos. Depois, receberam núcleo em resina composta. Para os dentes com núcleo metálico fundido a cimentação também foi com cimento resinoso, sendo que todos os dentes foram radiografados após a instalação dos pinos, sendo esta avaliação considerada o baseline (tempo 0). Todos os dentes foram reavaliados anualmente, num acompanhamento de até 4 anos.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os grupos dentários que mais receberam tratamento endodôntico foram os pré-molares superiores e os incisivos centrais superiores. De 121 dentes que foram colocados os retentores intrarradiculares, em 40 dentes foi usado o núcleo metálico fundido e em 81 dentes foi usado o pino de fibra de vidro.

Para estabelecer o sucesso dos dentes tratados endodonticamente, usamos o método PAI que permite a normalização de diferentes categorias e comparações radiográficas. Ele tem um score de 1 a 5, sendo que 1 e 2 são considerados saudáveis enquanto 3,4 e 5 são considerados periodontite apical. Dois examinadores calibrados para utilizarem esse método avaliaram as radiografias de forma independente e cega quanto ao tipo de retentor intrarradicular.

Todos os procedimentos foram realizados seguindo protocolos pré-estabelecidos. A confecção das restaurações coronárias foram de qualidade com objetivo de estabelecer e manter a saúde do periápice, prevenir a reinfecção e restabelecer a função oclusal que por sua vez influenciam a cicatrização e remodelação óssea após terapia endodôntica. Houve 5 casos de insucesso endodôntico, todos no grupo em que foram cimentados pinos de fibra de vidro, onde o baseline foi classificado como PAI 1 e 2 e depois foi pra 3, 4 ou 5, tendo o aumento da doença periapical. No entanto, todas as 5 lesões periapicais eram independentes do tipo de retentor ou restauração, ou seja, tinham relação com a característica individual de cada dente. Ou seja, num molar, o pino havia sido cimentado no canal distal/palatino, mas a lesão estava no canal mesial, vestibular. Desta forma, parece ser importante considerar que as precauções tomadas durante a terapia endodôntica, pós-cimentação até a restauração final é que serão responsáveis e fundamentais para o sucesso do tratamento endodôntico.

### **4. CONCLUSÕES**

Concluimos que o sucesso de dentes tratados endodonticamente e reabilitados com pinos intrarradiculares não está relacionado com o tipo de pino, desde que haja uma correta adaptação da restauração marginal.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- PRATA M.I.A. Avaliação da reabsorção radicular apical externa e interna, em dentes com lesões periapicais. **Jornal Brasileiro de Endo/Perio**, v.3, n.10, p.222-228, 2002.
- 2- Soares CJ, Valdivia AD, da SILVA GR, et al. **Longitudinal clinical evaluation of post systems: a literature review**. *Braz Dent J*. 2012;23:135-740.
- 3- Clive JM, Spångberg LS. A prognostic model for assessment of the outcome of endodontic treatment: effect of biologic and treatment variables. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**.2001;91:342-52.
- 4- SIQUEIRA JÚNIOR, J. F.; RÔÇAS, I. N.; LOPES, H. P.; ALVES, F. R. F.; OLIVEIRA, J. C. M.; ARMADA, L.; PROVENZANO, J. C. *Biological principles of endodontic treatment of teeth with pulp necrosis and apical lesions*. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.69, n.1, p.8-14, 2012.
- 5- Huumonen S, Ørstavik D. **Radiological aspects of apical periodontitis**. *Endod Topics* 2002;1:3–25.
- 6- Zitzmann NU, Krastl G, Hecker H, et al. Endodontics or implants? **A review of decisive criteria and guidelines for single tooth restorations and full arch reconstructions**. *Int Endod J* 2009;42:757–774.
- 7- Gencoglu N, Pekiner FN, Gumru B, et al. **Periapical status and quality of root fillings and coronal restorations in an adult Turkish subpopulation**. *Eur J Dent* 2010;4:17–22.