

UNIVERSIDADE TIRADENTES

BRUNA KEROLAY DA FONSECA MONTEIRO
FABRÍCIA DA SILVA ZAUZA

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR
DECÍDUO EM PACIENTE COM AGENESIA DO
PERMANENTE - RELATO DE CASO

Aracaju
2015

BRUNA KEROLAY DA FONSECA MONTEIRO
FABRÍCIA DA SILVA ZAUZA

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR
DECÍDUO EM PACIENTE COM AGENESIA DO
PERMANENTE - RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em odontologia.

Prof. Msc. Aline Soares Monte Santo

Aracaju

2015

BRUNA KEROLAY DA FONSECA MONTEIRO
FABRÍCIA DA SILVA ZAUZA

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE MOLAR
DECÍDUO EM PACIENTE COM AGENESIA DO
PERMANENTE - RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Odontologia da Universidade Tiradentes
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharel em odontologia.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Orientador: Aline Soares Monte Santo

1º Examinador:_____.

2º Examinador:_____

Aracaju

2015

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, _____ orientadora das
discentes _____

_____ atesto que o
trabalho intitulado: “TRATAMENTO ENDODÔNTICO DE DECÍDUO EM
PACIENTE COM AGENESIA DO PERMANENTE - RELATO DE CASO” está em
condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado
conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos
no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.

Atesto e subscrevo,

Prof. Msc. Aline Soares Monte Santo
Orientadora

Tratamento Endodôntico de Molar Decíduo em Paciente com Agenesia do Permanente: Relato de Caso

Bruna Kerolay da Fonseca Monteiro¹, Fabrícia da Silva Zauza², Aline Soares Monte

Santo³

(¹) *Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; (2) Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes; MSc Professora Adjunta do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*
(³)

Resumo

Apesar dos avanços na prevenção da doença cárie e, conseqüentemente, o seu declínio nos últimos anos, constata-se que um grande número de dentes decíduos ainda são afetados por lesões cariosas, podendo evoluir para o comprometimento pulpar, acometendo, por sua vez, o correto desenvolvimento do sucessor permanente. Desta forma, a manutenção anátomo-funcional do dente até a sua esfoliação tem sido um dos objetivos da Odontopediatria e, para isso, procedimentos menos radicais são necessários, incluindo a terapia endodôntica. A agenesia é uma das anomalias mais comuns da dentição humana, caracterizada pela ausência de desenvolvimento de um ou mais dentes. Essa condição pode ou não ter origem sindrômica, e neste último vários fatores podem desencadeá-la. As opções de tratamento para pacientes com agenesia são variadas e devem ser aplicadas de acordo com cada caso, de forma a trazer o maior número de benefícios possíveis. O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de uma paciente do gênero feminino, 7 anos de idade, com lesão cariosa e comprometimento pulpar na unidade 85 e agenesia do respectivo sucessor permanente. Optou-se pela manutenção do decíduo em questão, realizando o tratamento endodôntico por ser menos radical que a exodontia precoce com manutenção do espaço por aparelho ortodôntico.

Palavras Chaves: Agenesia; Tratamento endodôntico; Cárie; Decíduo.

Abstract

Despite advances in the prevention of caries disease and, consequently, its decline in recent years, noted that a large number of deciduous teeth are still affected by carious lesions that can evolve into a Pulpal involvement, affecting in turn the correct development of the permanent successor. In this way, the anatomical and functional maintenance of the tooth until your exfoliation has been one of the goals of Pediatric Dentistry and less invasive procedures are required, including the Endodontic therapy. The Agenesis is one of the most common abnormalities of the human dentition, being characterized by the absence of development of one or more teeth. This condition may or may not have syndromic origin, and in this case, several factors can unleash it. The treatment options for patients with Agenesis are varied and should be applied according to each case, so as to bring the most benefits possible. The objective of this study was to report a case in which the patient 7 year of age, female gender, by having carious lesion with Pulpal involvement in 85 unit and Agenesis of the respective permanent successor, and among the possibilities of intervention, we opted for maintaining the deciduous in question, performing the endodontic treatment to be less radical that early extraction with maintenance of space through orthodontic treatment.

Keywords: Agenesis; Endodontic treatment; Caries; Deciduous.

1. Introdução

Apesar dos avanços na prevenção da doença cárie e, conseqüentemente, o seu declínio nos últimos anos, constata-se que um grande número de dentes decíduos ainda possui lesões cariosas que evoluem para o comprometimento pulpar, acometendo, por sua vez, o correto desenvolvimento do sucessor permanente. (MOURA et. Al, 2012)

Por sua vez, a agenesia é uma das anomalias mais comuns da dentição humana, sendo caracterizada pela ausência de desenvolvimento de um ou mais dentes, também não visível nas radiografias. Essa condição pode ocorrer como uma síndrome genética reconhecida ou como uma anomalia solitária (não sindrômica). Vários fatores podem desencadear a não sindrômica, como trauma, infecção de desenvolvimento de broto de dente, sobredosagem de radiação, disfunção glandular, condições sistêmicas como raquitismo, sífilis, rubéola durante a gestação e os distúrbios intra-uterinos graves. A oligontia é o tipo de agenesia de seis ou mais dentes permanentes (excluindo terceiros molares), ao passo que a ausência de menos de seis dentes é referida como hipodontia. Já a anodontia refere-se a ausência de todos os dentes. Geralmente os dentes mais afetados são os incisivos laterais superiores, seguido dos segundos pré-molares e terceiros molares de 10 a 25% da população afetada. (KHURSHEED, A.M. et. al, 2014; VIEIRA, A.R.; BOZZA, A. et. al, 2014; NIRMALA S.V.S.G. et. al, 2013; PANDEY P. et. al, 2012; NAGIHAN, K. et. al, 2014)

A manutenção da dentição decídua em condições anátomo-funcionais até o momento de sua esfoliação fisiológica tem sido um dos objetivos da Odontopediatria. Nesse sentido, quando os dentes decíduos apresentam inflamação pulpar irreversível ou necrose, decorrentes da doença cárie ou traumatismo e for possível sua manutenção no arco, o tratamento endodôntico está indicado, principalmente nos casos da agenesia do sucessor permanente, uma vez que o

dente decíduo servirá de mantenedor de espaço para impedir a mesialização dos dentes vizinhos. Esse procedimento pode ser realizado utilizando diferentes técnicas e a literatura relata diversas soluções irrigadoras e materiais obturadores empregados em estudos de acompanhamento clínico e radiográfico. (CUNHA, C.B.C.S.; BARCELOSS, R.; PRIMO, L.G., 2005)

As primeiras técnicas divulgadas fundamentavam-se na manipulação da câmara pulpar dispensando a biomecânica dos canais radiculares, todavia, as pesquisas evidenciaram a importância da realização da completa desinfecção. Para molares decíduos terapia endodôntica era considerada de difícil execução, devido à morfologia complexa de seus canais radiculares. Entretanto, através da introdução de técnicas que determinam simultaneamente eficiência, economia e adequação ao comportamento da criança de pouca idade, o trabalho tornou-se acessível ao clínico. (COSER, R.M.; GIRO, E.M.A., 2002)

Desta forma, o objetivo deste trabalho, é relatar um caso de uma criança, com um molar decíduo acometido por cárie com envolvimento pulpar, descrevendo a conduta de tratamento e os materiais mais indicados frente a agenesia de seu sucessor permanente.

2. Relato do Caso

Paciente E.S.M do gênero feminino, sete anos de idade, ASA I, deu entrada na clínica odontológica da UNIT, na disciplina de estágio supervisionado infantil II, para avaliação ortodôntica, não apresentando quaisquer queixas álgicas. Ao exame clínico, a paciente apresentou mordida aberta anterior com leve interposição lingual, mordida cruzada posterior do lado esquerdo e unidade 85 com lesão de cárie oclusodistal, sendo que as demais unidades dentárias apresentavam-se hígidas. Após a anamnese completa da paciente, foi realizada a radiografia periapical da

unidade com atividade de cárie, para diagnóstico e elaboração do plano de tratamento.

Ao exame radiográfico periapical da unidade 85 foi detectada extensa área radiolúcida, sugestiva de cárie na região oclusodistal em comunicação com a polpa, e ausência de imagem radiopaca (sugestiva de germe do permanente) abaixo da unidade, impossibilitando a escolha do tratamento imediata.



Figura 2: Radiografia periapical, com extensa área radiolúcida, sugestiva de carie com envolvimento pulpar.

Foi solicitada radiografia panorâmica dos maxilares (figura 1), na qual foi constatada ausência dos germes permanentes dos segundos pré-molares direitos (superior e inferior), do segundo pré-molar superior esquerdo, assim como dos incisivos laterais superiores.



Figura 1: Radiografia panorâmica da paciente confirmando as agenesias dentárias.

Em consequência da agenesia, o tratamento proposto para esta unidade foi o menos radical possível, de modo que pudesse manter o dente em questão na cavidade oral. Sendo assim eleita a pulpectomia.

Na primeira sessão foi realizada como técnica anestésica o bloqueio do nervo alveolar e bucal inferior direito, sendo precedida pela secagem da

mucosa e aplicação de anestésico tópico por 2 minutos com o objetivo de reduzir a sensação dolorosa da penetração da agulha, utilizando como solução anestésica um tubete de lidocaína 2% com epinefrina 1:100.000. Após anestesia foi realizado o isolamento absoluto com prova prévia do grampo a ser utilizado no dente em questão, seguida da abertura coronária com broca esférica 1015, removendo toda a lesão cariada. A forma de conveniência foi quadrangular com broca 3082 e a exploração inicial dos condutos com limas endodônticas 1º série. A odontometria, segundo exame radiográfico, foi de 12 mm para a raiz mesial e 14 mm de raiz distal, obtendo-se um CRT de 10 mm para raiz mesial e 12 mm para raiz distal. Após verificada a odontometria, prosseguiu-se com a instrumentação inicial dos canais com lima 15, preparo dos terços cervicais e médios dos canais com brocas gates gliden 1 e 2, e dos terços apicais com limas 15, 20 e 25, todo o procedimento foi realizado com irrigação abundante de clorexidina 2% e aspiração da mesma. Após secagem com cones de papel absorvente, a medicação intracanal (hidróxido de cálcio PA em veículo anestésico), foi introduzida com lima 15. O dente foi restaurado provisoriamente com cimento de ionômero de vidro.

Na segunda sessão foi realizada a remoção da restauração provisória, irrigação e aspiração com clorexidina 2% para remoção da MIC e instrumentação com limas 30 e 35 respeitando o CRT. Aplicou-se como MIC hidróxido de cálcio P.A. com veículo anestésico e o dente foi restaurado provisoriamente com ionômero de vidro.

Na terceira sessão, após remover a restauração provisória, foi realizada irrigação e aspiração com clorexidina 2% durante a remoção da MIC com lima 15, secagem com cones de papel absorvente estéreis e obturação dos canais mesial e distal com hidróxido de cálcio PA. Após a obturação dos canais, foi aplicada uma camada de cimento hidróxido de cálcio, seguida da técnica

de ativação simultânea, sendo aplicada uma camada de cimento de ionômero de vidro, uma camada do agente adesivo seguido de fotopolimerização por 20 segundos, condicionamento com ácido fosfórico 37% do esmalte e dentina que totalizaram 20 segundos, lavagem da cavidade por 20 segundos, secagem com bolinhas de algodão estéreis e inserção de camadas de 2mm oblíquas de resina composta que foram fotopolimerizadas por 40 segundos cada camada. Primeiro foi reconstruída a parede proximal (ocluso distal) e depois a oclusal. Realizado teste oclusal com carbono, seguido dos ajustes necessários, radiografia final e liberação da paciente com retorno agendado para acompanhamento.

Após dois meses de preservação verificou-se que a restauração fraturou, o que ocasionou a contaminação dos canais e conseqüente formação de pústula na região do ápice da raiz mesial, optando-se, assim, pelo retratamento endodôntico da unidade. Foi realizado novo exame radiográfico periapical, onde observou-se reabsorção radicular da raiz mesial e fratura da restauração de resina.

O retratamento foi realizado até a fase de MIC utilizando como medicação o hidróxido de cálcio PA + iodofórmio em veículo anestésico e na sessão seguinte observou-se que a lesão regrediu, onde então foi realizada a troca de MIC para observar se ainda havia resposta ao tratamento. Como a lesão continuou regredindo, foi realizada a conclusão do tratamento endodôntico com obturação dos canais com pasta Guedes Pinto e nova restauração com cimento de ionômero de vidro e resina composta, pela técnica de ativação simultânea.

3. Discussão

O tratamento escolhido no caso clínico da paciente foi a realização da pulpectomia (pois a lesão de cárie ocasionou comprometimento pulpar) para manutenção do dente 85 na arcada dentária. Este tipo de intervenção pôde ser realizado com base em PINHEIRO et al. (2013), que evidencia que apesar

da diminuição da prevalência de cárie dentária nos últimos anos, procedimentos mais invasivos, incluindo a terapia endodôntica, ainda são necessários. Além disso, a terapia endodôntica evita possíveis exodontias desnecessárias e a necessidade de confecção de mantenedores de espaço, assim como conseqüentes problemas estéticos, ortodônticos e fonéticos, além de impedir a ocorrência de hábitos deletérios. Sendo assim, a terapia pulpar nessa fase apresenta uma variedade de opções de tratamento, de acordo com o grau de comprometimento pulpar do elemento em questão, apresentando diversas técnicas propostas, assim como substâncias utilizadas.

Aproximadamente 5% das crianças nascem com alguma anomalia hereditária e, dentre elas, estima-se que 60% são portadoras de alterações no desenvolvimento dentário, dos maxilares ou ossos da face. As conseqüências inevitáveis da agenesia dentária incluem má oclusão devido à posição inadequada dos dentes durante o crescimento, deficiência dos processos alveolares devido à falta de dentes e excesso de espaço entre os arcos dentários. As opções de tratamento podem ser o fechamento de espaço ortodôntico, soluções protéticas dentossuportadas e coroas implanto-suportadas. (LIU, 2011)

Em contrapartida, ao considerar a agenesia que a paciente apresentava, e o conhecimento destas formas de tratamento serem opções interessantes, optou-se neste caso clínico pela manutenção do dente decíduo, corroborando o trabalho realizado por BEJERKLIN e BENNET (2000), que defende a manutenção de segundos molares decíduos que não apresentarem o sucessor permanente, já que seus estudos indicaram que estes dentes, quando retidos, sofrem reabsorção de apenas 60% de suas raízes mesial e 46% de reabsorção de suas raízes distal entre as idades de 11 e 20 anos e após este período os mesmos se mostraram estáveis e sem reabsorção adicional. Sendo assim, a manutenção do dente evitaria a sua exodontia e

consequentemente à necessidade de manutenção do espaço através do tratamento ortodôntico.

Sabe-se que para que ocorra a correta desinfecção durante o tratamento endodôntico é preciso realizar uma boa instrumentação e utilizar um bom material irrigador. Segundo ZAMANY, SAFAVI e SPANGBERG (2003), o uso de um agente irrigante, em conjunto com o preparo biomecânico ajuda a tornar as paredes de dentina, fragmentos pulpare e algum resto orgânico livres de bactérias, contribuindo para a alta porcentagem de desinfecção do canal.

Para escolher uma solução irrigadora, é preciso levar em consideração as características desejáveis da mesma, que são: limpeza do canal, lubrificação do canal, remoção de debris, efeito antimicrobiano, dissolução de tecidos sem dano aos tecidos periapicais, remoção de smear layer, ser solúvel em água, baixa tensão superficial, disponibilidade, baixo custo, facilidade de uso, conveniência, adequada vida útil e facilidade de armazenagem. (BUCK et al., 2001, ESTRELA et al., 2003, WEBER et al., 2003, YAMASHITA et al., 2003, OKINO, 2004, VIANNA et al., 2004) (ZAMANY, SAFAVI, SPANGBERG, 2003). Porém, dificilmente é possível encontrar todas essas características em apenas uma solução irrigadora, portanto a aplicação em cada caso deve ser feita levando em consideração a condição intracanal. No caso relatado, foi preciso alternar o uso de soluções irrigadoras, de forma que o emprego das mesmas trouxesse os benefícios requeridos em cada momento do tratamento endodôntico.

Na busca por uma solução irrigadora biocompatível que fosse potencialmente antibacteriana e não oferecesse riscos à paciente, a clorexidina foi a solução de escolha para a primeira intervenção endodôntica, quando se tratava ainda de uma polpa viva e pouco infectada. Segundo BONAN; BATISTA e HUSSINE (2011), a clorexidina apresenta biocompatibilidade, não

sendo irritante aos tecidos periapicais e podendo, portanto, ser indicada quando o paciente apresenta alergia ao hipoclorito de sódio e em casos de dentes com ápice aberto. Também apresenta alta substantividade, criando assim um efeito bacteriostático por prolongado período de tempo. Além dessas vantagens, de acordo com DELANY et al. (1982), OZTAN (2002), GOMES et al. (2003), LIN, MICKEL e CHOGLE (2003) e OKINO (2004), a mesma apresenta amplo espectro de ação, possuindo forte atuação contra grande número de microorganismos gram positivas e gram negativas, leveduras, anaeróbios facultativos e aeróbios.

Em um estudo realizado por FERRAZ et al. (2007) a clorexidina gel a 2% foi superior a todas as concentrações de hipoclorito de sódio testadas, incluindo 5,25%, quando foram expostas a 5 espécies de bactérias anaeróbias facultativas e 4 espécies de anaeróbios estritos, gram negativos e produtores de pigmento negro. Porém não foi estatisticamente superior à clorexidina líquida a 2%, o que demonstra a eficácia das duas formas de apresentação. Sendo assim, aplicou-se com segurança a solução irrigadora de clorexidina líquida a 2% que possui comprovada eficácia antibacteriana, possibilitando um tratamento efetivo sem exposição da paciente à agentes irritantes.

Por outro lado, a atividade antimicrobiana do hipoclorito de sódio o torna a solução irrigadora de escolha pelos cirurgiões-dentistas, principalmente em casos de dentes com polpa necrosada. (ESTRELA et al., 2003; ONÇAG et al., 2003; YAMASHITA et al., 2003) É capaz ainda de dissolver tecidos orgânicos; e essa característica é considerada por muitos autores como sendo sua principal vantagem sobre a clorexidina. (RINGELAM et al., 1982; TANOMARU FILHO, LEONARDO, SILVA, 2002; YAMASHITA et al., 2003). Desta forma, durante o retratamento endodôntico, a solução irrigadora de

escolha passou a ser o hipoclorito de sódio, pois não se tratava mais de uma polpa viva.

O hipoclorito de sódio é um efetivo agente antimicrobiano, sendo essa atividade proporcional à sua concentração que varia de 0,5% a 5,25%. (MENEZES, ZANET, VALERA, 2003; VIANNA et al., 2004). Para alguns autores, o hipoclorito de sódio apresenta toxicidade, risco de enfisema, potencial alergênico, gosto e cheiro desagradáveis, além de ser cáustico. (CHEUNG, STOCK, 1993, WEBER et al., 2003, YAMASHITA et al., 2003, VIANNA et al., 2004). O hipoclorito de sódio é citotóxico quando em contato com os tecidos periapicais e apresenta-se como uma ameaça durante o tratamento endodôntico de dentes decíduos, devido seu efeito tóxico na região apical e nos tecidos periodontais. (ONÇAG et al., 2003) Apesar de alguns autores defenderem a idéia de que a utilização do hipoclorito de sódio é nociva, quando o mesmo é utilizado em baixas concentrações, apresenta biocompatibilidade aceitável sem perder sua efetividade antimicrobiana, de acordo com ESTRELA et al., (2003), o hipoclorito de sódio, quando usado em baixas concentrações (0,5-1%), apresenta aceitável biocompatibilidade. Desta forma, a concentração aplicada durante o retratamento foi de 1%, objetivando ganho clínico antimicrobiano sem expor a paciente à altas concentrações e conseqüentemente possíveis reações indesejáveis.

Trabalhos que utilizam técnicas de cultura microbiológica e, mais recentemente, técnicas de biologia molecular têm demonstrado que a microbiota presente em infecções de dentes decíduos é similar àquela recuperada de dentes permanentes. Pode-se concluir, portanto, que a medicação intracanal (curativo de demora e pasta obturadora) deveria seguir os mesmos princípios para ambas as dentições. Lamentavelmente, essa não tem sido a conduta empregada no Brasil. Durante muitos anos, a abordagem endodôntica em decíduos

tem sido feita de maneira diferente daquela preconizada para dentes permanentes, especialmente no que diz respeito à medicação intracanal. Substâncias citotóxicas, mutagênicas, irritantes têm sido utilizadas, sem que haja razões microbiológicas e imunológicas aceitáveis para tal. (MASSARA et al., 2012) Tendo em vista essas informações, foi possível planejar o emprego de medicação intracanal seguindo os princípios da endodontia que valorizam a biocompatibilidade, porém sem deixar a desejar na eficácia. Desta forma, inicialmente utilizou-se um tipo da MIC no tratamento e posteriormente outro tipo da mesma foi empregada no retratamento endodôntico.

Primeiramente, ao realizar o tratamento endodôntico, as medicações intracanaís foram feitas apenas com hidróxido de cálcio P.A diluído em solução anestésica. O hidróxido de cálcio P.A. também foi utilizado na obturação dos canais. Por ser um material com excelente atividade antimicrobiana, a princípio não houve necessidade de associação do mesmo com outros materiais, já que um dente com polpa viva possui menos infecção bacteriana. Segundo MASSARA et al. (2012), o hidróxido de cálcio apresenta excelente capacidade de indução de formação de tecido mineralizado e graças à sua biocompatibilidade tecidual, as pastas à base de hidróxido de cálcio têm sido as de escolha para a medicação intracanal em dentes permanentes. Atualmente, sua aplicação em decíduos vem sendo investigada e indicada, com base nos excelentes resultados obtidos, tanto como curativo de demora entre sessões, quanto como material obturador.

Ainda no estudo descrito por MASSARA et al., (2012) utilizou-se o hidróxido de cálcio tanto como MIC quanto como material obturador, com o objetivo de comprovar a eficácia do mesmo. Esse estudo foi feito em 33 dentes, em 31 crianças com idade variando de 1 a 11 anos. Como resultado notou-se que dos 18 dentes com lesão peri ou interradicular,

detectadas no exame radiográfico pré-operatório, apenas um apresentou persistência da lesão e da parúlidade vestibular na primeira visita de controle, seis meses após. Os demais (94,4%) exibiram neoformação óssea radiograficamente detectável seis meses após o tratamento. Os 15 dentes que apresentavam necrose pulpar sem alteração radiográfica, na fase pré-operatória, não desenvolveram qualquer manifestação clínica ou alteração radiográfica durante o período de avaliação.

As pastas iodoformadas têm sido empregadas com frequência pela sua conhecida atividade antibacteriana, mas vale ressaltar que estas pastas são rapidamente reabsorvidas pelo organismo, deixando espaços vazios no interior dos canais radiculares e podem ser tóxicas. Segundo DOTTO et al. (2006) as indicações das pastas iodoformadas estão associadas à presença de grandes áreas de reabsorções periapicais, como estimulante biológico atuando em ambiente apical e periapical, como elemento radiopacificante da pasta de hidróxido de cálcio e pela sua capacidade antisséptica. Já de acordo com ARAKI et al. (2007) o contato direto dessas pastas com os tecidos vivos pode desencadear intoxicações que se manifestam como reações alérgicas, além de reações indesejáveis nos tecidos periapicais, tais como inflamação crônica, reabsorções apicais e ósseas. Diante dessas informações, neste caso optou-se pelo uso da pasta iodoformada apenas durante o retratamento endodôntico, pois o grau de infecção havia aumentado. Apesar de haver contraindicações, o iodofórmio foi utilizado por aumentar significativamente a ação antimicrobiana exercida pelo hidróxido de cálcio.

Quanto aos hábitos alimentares da paciente, houve influência direta na decisão sobre o tratamento restaurador da unidade, já que apesar da instrução sobre a importância de manter uma alimentação saudável, a mesma fazia consumo frequente de alimentos sólidos

e açucarados, como balas e pirulitos. Assim, optou-se pela realização da técnica de ativação simultânea, tanto para aumentar a resistência, quanto para diminuir a microinfiltração marginal, além de reduzir o tempo operatório e garantir o sucesso do retratamento endodôntico. Segundo PINHEIRO et al., (2002) nos últimos anos, grande enfoque tem sido dado para o desenvolvimento de sistemas adesivos que apresentam a capacidade de unir efetivamente a resina composta ao esmalte e dentina. Embora tenha havido evolução significativa nesta adesão, a infiltração marginal é ainda um problema. Nestas situações, podemos lançar mão dos cimentos de ionômero de vidro e, como estes materiais não apresentam resistência à fratura, a associação dos cimentos ionoméricos com a resina composta passa a ser uma opção. Desta forma, a Técnica da Ativação Simultânea apresenta-se como uma alternativa viável, especialmente em Odontopediatria, por oferecer maior resistência ao procedimento restaurador e garantir a longevidade e o sucesso do tratamento endodôntico.

4. Conclusão

O tratamento endodôntico de um dente decíduo com comprometimento pulpar, cujo sucessor permanente encontra-se ausente no arco, mostrou-se uma alternativa viável, evitando a exodontia precoce que poderia acarretar, por sua vez, na perda de espaço na arcada dentária, oclusão inadequada, perda óssea alveolar e possíveis distúrbios fonéticos e estéticos.

Para otimizar o resultado de uma pulpectomia em dente decíduo, é necessário realizar uma instrumentação e irrigação adequadas, além de avaliar individualmente o caso e aplicar os materiais mais indicados para cada situação.

Por fim, a qualidade da restauração após o tratamento endodôntico é de fundamental importância para garantir a longevidade do tratamento endodôntico e, portanto, deve ser realizada de forma a obter-se a

maior adaptação e resistência possíveis, tendo em vista que os hábitos alimentares da criança muitas vezes não favorecem a permanência do material restaurador na cavidade, prejudicando assim o sucesso do tratamento endodôntico.

Referências

- ALEXANDRE R. VIEIRA. **Genetics of tooth agenesis: how to move the field forward**. Pittsburgh, USA, 1p.
- ARAKI, K.; HIRAKAWA, N.; KOSUGI, T.; HIGASHIMOTO, I.; KAKIUCHI, Y.; NAKASHIMA, M. Iodoform intoxication: a case report of prolonged consciousness disturbance in a patient with a high plasma iodine level. **Fukuoka Acta Med**, v.98, n.11, p.397-401, 2007.
- BEJERKLIN, K, BENNET, J. The long term survival of lower second primary molars in subjects with agenesis of the premolars. **Eur. J. Orthod.**, Oxford, v.22, n.3, p.245-255, jun, 2000.
- BONAN RF, BATISTA AUD, HUSSNE RP. Comparação do Uso do Hipoclorito de Sódio e da Clorexidina como Solução Irrigadora no Tratamento Endodôntico: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.15, n.2, p.237-244, 2011.
- BOZGA A, STANCIU RP, MĂNUC D. **A study of prevalence and distribution of tooth agenesis**. Pharmacy, Bucharest 2014, 4p.
- BUCK RA, ELEAZER PD, STAAT RH, SCHEETZ JP. Effectiveness of three endodontic irrigants at various tubular depths in human dentin. **J Endod**, v.27, n.3, p.206- 208, 2001.
- COSER RM; GIRO EMA. Tratamento endodôntico de molares decíduos humanos com necrose pulpar e lesão periapical, Estudo radiográfico. **PGR-Pós-Grad Rev Fac Odontol São José dos Campos**, v.5, n.1, p.84-92, jan/abr 2002.
- CUNHA; BARCELOSS E PRIMO. Soluções irrigadoras e Materiais Obturadores Utilizados na Terapia Endodôntica de Dentes Decíduos. **Pesq Bras Odontoped CIIN Integr**, v. 5, n. 1, p. 75-83, jan/abr 2005.
- CHEUNG GS, STOCK CJ. In vitro cleaning ability of root canal irrigants with and without endosonics. **Int Endod J**, v 26, n6, p. 334-343, 1993.
- DELANY GM, PATTERSON SS, MILLER CH, NEWTON CW. The effect of chlorhexidine gluconate irrigation on the root canal flora of freshly extracted necrotic teeth. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.53, n.5, p.518-523, 1982.
- DOTTO, S.R.; TRAVASSOS, R.M.C.; FERREIRA, R.; SANTOS, R.; WAGNER, M. Avaliação da ação antimicrobiana de diferentes medicações usadas em endodontia. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v. 21, n. 53, p. 266-269, jul./set. 2006.
- ESTRELA C, RIBEIRO RG, ESTRELA CR, PÉCORA JD, SOUSA-NETO MD. Antimicrobial effect of 2% sodium hypochlorite and 2% chlorhexidine tested by different methods. **Braz Dent J**, v.14, n.1, p.58-62, 2003.
- FERRAZ CC, GOMES BP, ZAIA AA, TEIXEIRA FB, SOUZA-FILHO FJ. Comparative study of the antimicrobial efficacy of chlorhexidine gel, chlorhexidine solution and sodium hypochlorite as endodontic irrigants. **Braz Dent J**, v.18, n.4, p. 294-298, 2007.
- GOMES BP, SOUZA SF, FERRAZ CC, TEIXEIRA FB, ZAIA AA, VALDRIGHI L, SOUZA-FILHO FJ. Effectiveness of 2% chlorhexidine gel and calcium hydroxide against *Enterococcus faecalis* in bovine root dentine in vitro. **Int Endod J**, v.36, n.4, p.267-275, 2003.
- LIN YH, MICKEL AK, CHOGLE S. Effectiveness of selected materials against *Enterococcus faecalis*: part 3. The antibacterial effect of calcium hydroxide and chlorhexidine on *Enterococcus faecalis*. **J Endod**, v.29, n.9, p.565-566, 2003.
- LIU, Karen Neutzling Caldasso. **Agnesias dentárias: revisão de literatura**. Porto Alegre, RS, 2011. 26 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em odontologia). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MASSARA MLA, TAVARES WLF, NORONHA JC, HENRIQUES LCF, RIBEIRO SOBRINHO AP. A Eficácia do Hidróxido de Cálcio no Tratamento Endodôntico de Decíduos: Seis Anos de Avaliação. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.12, n.2, p.155-159, abr/jun, 2012.
- MENEZES AC, ZANET CG, VALERA MC. Smear layer removal capacity of disinfectant solutions used with and without EDTA for the irrigation of canals: a SEM

- study. **Pesqui Odontol Bras**, v.17, n.4, p.349-355, 2003.
19. MOHAMMAD KHURSHEED ALAM, MUHAMMAD ASYRAF HAMZA, MUHAMMAD AIZUD DIN KHAFIZ, SHAIFULIZAN ABDUL RAHMAN, RAMIZU SHAARI, AKRAM HASSAN. **Multivariate Analysis of Factors Affecting Presence and/or Agenesis of Third Molar Tooth**. Malaysia, jun 2014. 10p.
 20. MOURA ACVM; BORELLI T; MATOS R; BONINI GC; NETTO CM. Como podemos otimizar a endodontia em dentes decíduos? Relato de caso. **Revista associação paulista cirurgião dentista**, v. 67, n.1, p.50-55, 2013.
 21. NAGIHAN KOÇ, L. BERNA ÇAGIRANKAYA, AND NURSEL AKKAYA. **Unilateral Maxillary Canine Agenesis: A Case Report and Literature Review**. Ankara, Turkey 2014, 4p.
 22. NELSON FILHO P, LEONARDO MR, SILVA LAB, ASSED S. Radiographic evaluation of the effect of endotoxin (LPS) plus calcium hydroxide on apical and periapical tissues of dogs. **J Endod**; v.28, n.10, p.694-696, 2002.
 23. NIRMALA SVSG, GOKHALE N, SIVAKUMAR N, QUADAR MA. **Agenesis of Multiple Primary Teeth and Its Rehabilitation: A Case Report**. *Int J Clin Pediatr Dent* 2013; 6(1): 55-57.
 24. OKINO LA, SIQUEIRA EL, SANTOS M, BOMBANA AC, FIGUEIREDO JA. Dissolution of pulp tissue by aqueous solution of chlorhexidine digluconate and chlorhexidine digluconate gel. **Int Endod J**, v.37, n.1, p.38-41, 2004.
 25. ONÇAG O, HOĞÖR M, HILMIOĞLU S, ZEKIOĞLU O, ERONAT C, BURHANOĞLU D. Comparison of antibacterial and toxic effects of various root canal irrigants. **Int Endod J**, v.36, n.6, p.423-432, 2003.
 26. OZTAN MD. Endodontic treatment of teeth associated with a large periapical lesion. **Int Endod J**, v.35, n.1, p.73-78, 2002.
 27. PALLAVI PANDEY, AFROZ ALAM ANSARI, KARTIK CHOUDHARY, ADITYA SAXENA. **Familial aggregation of maxillary lateral incisor agenesis: case report**. India 2012, 4p.
 28. PINHEIRO HHC, ASSUNÇÃO LRS, TORRES DKB, MIYAHARA LAN, ARANTES DC. Terapia Endodôntica em Dentes Decíduos por Odontopediatras. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.13, n.4, p.351-60, out./dez., 2013.
 29. PINHEIRO S.L.; MATSON E.; ODA M.; GUEDES-PINTO A.C.; DUARTE D.A. Microinfiltração e MEV da técnica da ativação simultânea. **JBD**, Curitiba, v.1, n.1, p.56-63, jan/mar, 2002.
 30. SILVA LAB, NELSON-FILHO P, LEONARDO MR, ROSSI MA, PANSANI CA. Effect of calcium hydroxide on bacterial endotoxin in vivo. **J Endod**, v.28, n.2, p. 94-98, 2002.
 31. TANOMARU FILHO M, LEONARDO MR, DA SILVA LA. Effect of irrigating solution and calcium hydroxide root canal dressing on the repair of apical and periapical tissues of teeth with periapical lesion. **J Endod**, v.28, n.4, p.295-299, 2002.
 32. VIANNA ME, GOMES BP, BERBER VB, ZAIA AA, FERRAZ CC, DE SOUZA-FILHO FJ. In vitro evaluation of the antimicrobial activity of chlorhexidine and sodium hypochlorite. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.97, n.1, p.79-84, 2004.
 33. WEBER CD, MCCLANAHAN SB, MILLER GA, DIENERWESTM, JOHNSON JD. The effect of passive ultrasonic activation of 2% chlorhexidine or 5.25% sodium hypochlorite irrigant on residual antimicrobial activity in root canals. **J Endod**, v.29, n.9, p.562-564, 2003.
 34. YAMASHITA JC, TANOMARU FILHO M, LEONARDO MR, ROSSI MA, SILVA LA. Scanning electron microscopic study of the cleaning ability of chlorhexidine as a root canal irrigant. **Int Endod J**, v.36, n.6, p.391-394, 2003.
 35. ZAMANY A, SAFAVI K, SPÅNGBERG LS. The effect of chlorhexidine as an endodontic disinfectant. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v.96, n.5, p.578- 581, 2003.