

TRATAMENTO ENDODÔNTICO DO DENTE 14 COM DIAGNÓSTICO DE PULPITE IRREVERSÍVEL SINTOMÁTICA: RELATO DE CASO.

CICHELERO, Luana Vendrame¹

WATHIER, Adriano José Augusto²

MAZZARDO, Edenilson³

SIGNOR, Ezequiel⁴

RESUMO

Paciente masculino, 41 anos, apresentou restauração extensa em amálgama, resposta dolorosa prolongada ao frio, leve desconforto à percussão vertical e radiolucidez periapical em exames de rotina. O objetivo deste estudo é relatar o tratamento endodôntico de um primeiro pré-molar superior direito (dente 14), que conforme os achados permitiram estabelecer o diagnóstico de pulpite irreversível sintomática, com vitalidade pulpar, associado à periodontite apical assintomática. O tratamento ocorreu em três sessões, englobando o preparo químico-mecânico, medicação intracanal e obturação. A correta associação diagnóstica e terapêutica garantiu o sucesso e a preservação do dente.

Palavras-chave: Endodontia. Pulpite. Dente Pré-molar.

INTRODUÇÃO

O sucesso do tratamento endodôntico fundamenta-se no diagnóstico preciso das alterações pulpares e periapicais, associado a um rigoroso preparo químico-mecânico e protocolo de desinfecção adequada.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é descrever o diagnóstico, planejamento e tratamento

¹Discente do curso de odontologia UNOESC-SMO.

²Discente do curso de odontologia UNOESC-SMO.

³Docente do curso de odontologia UNOESC-SMO.

⁴Docente do curso de odontologia UNOESC-SMO.

endodôntico de um primeiro pré-molar superior direito com diagnóstico de pulpite irreversível sintomática, com vitalidade pulpar, associado a uma periodontite periapical assintomática, ressaltando a importância da correlação entre exames clínicos e radiográficos para o sucesso terapêutico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 41 anos de idade, compareceu à Clínica Escola de Odontologia para avaliação de outro elemento dentário. Durante os exames clínicos e radiográficos de rotina, observou-se no dente 14 uma restauração extensa, com proximidade pulpar, além da presença de radiolucidez periapical associada ao espessamento do ligamento periodontal, sugestivos de comprometimento dos tecidos periapicais.

Diante desses achados, optou-se pela realização de testes específicos para avaliar a condição pulpar. No teste de sensibilidade pulpar ao frio, houve resposta intensa e persistente mesmo após a remoção do estímulo. O teste de percussão vertical provocou apenas um leve desconforto, sem dor significativa. Não foram observados sinais de edema, fistula, mobilidade dentária ou alterações periodontais relevantes. Com base nos achados clínicos e radiográficos, foi estabelecido o diagnóstico de pulpite irreversível sintomática.

Optou-se, então, pela realização do tratamento endodôntico na clínica escola de endodontia da Unoesc, em três sessões clínicas. Na primeira consulta foi realizada anestesia local, abertura coronária e isolamento absoluto. Após a localização dos canais radiculares, iniciou-se a exploração com lima manual tipo K nº 10 no comprimento aparente do dente (CAD) e o preparo dos terços cervicais, sempre associado à irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5%, em virtude da limitação do tempo, foi inserido uma bolinha de algodão embebido com medicação de tricresol formalina, e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro, para dar continuação na próxima sessão clínica.

Na segunda sessão foi realizada a odontometria com localizador apical para determinação do comprimento real de trabalho (CRT). O canal palatino com o localizador em 0,5 teve 18mm de comprimento, já o canal vestibular teve 19mm, posteriormente, foi dada sequência com a instrumentação completa dos canais radiculares, que foi conduzido até a lima 40.03. Durante todo o preparo químico-mecânico foi realizada irrigação e aspiração constante

com hipoclorito de sódio a 2,5%. Ao final da instrumentação, foi inserido uma bolinha de algodão embebido com medicação de tricresol formalina, e restauração provisória com cimento de ionômero de vidro, para dar continuação na próxima sessão clínica.

Na terceira consulta e última sessão, foi realizado uma nova instrumentação dos canais radiculares, realizado a prova do cone através do exame radiográfico, com os cones bem adaptados ao canal efetuou-se o protocolo de irrigação final com 3 sessões de 20 segundos cada com hipoclorito de sódio a 2,5%, 3 sessões de 20 segundos cada com EDTA a 17% e para finalizar mais 3 sessões de 20 segundos cada com hipoclorito de sódio a 2,5%, ativação da solução irrigadora foi feita com Easy Clean em caneta de baixa rotação.

Após a confirmação da ausência de sinais e sintomas clínicos e irrigação final, os canais radiculares foram secos com pontas de papel absorvente, condizentes com o tamanho do canal, procedeu-se à obturação do sistema de canais radiculares com o cone principal compatível com o preparo realizado e cones acessórios, cimento endodôntico e técnica de condensação lateral complementada pela compactação vertical da guta-percha. Posteriormente, realizou-se a limpeza da câmara pulpar e o selamento provisório da cavidade de acesso, para restauração definitiva em momento posterior.

Ao final do tratamento, o paciente não apresentava sintomatologia dolorosa, sendo orientado quanto à necessidade de acompanhamento clínico e radiográfico periódico, para análise de remissão do espessamento do ligamento periodontal.

DISCUSSÃO

A Associação Americana de Endodontia estabelece que a pulpite irreversível sintomática é caracterizada pela presença de dor persistente após estímulos térmicos, especialmente ao frio, podendo estar associada a restaurações extensas, cárie profunda ou outros fatores irritantes da polpa dentária (AAE, 2024). Os achados observados neste caso clínico são compatíveis com essa definição diagnóstica.

Embora o teste de percussão vertical tenha provocado leve desconforto, o paciente não apresentava dor espontânea ou sinais clínicos significativos relacionados aos tecidos periapicais. De acordo com a European Society of Endodontology (2023), a periodontite

apical assintomática caracteriza-se pela ausência de sinais e sintomas clínicos evidentes, sendo diagnosticada principalmente por meio de alterações radiográficas decorrentes da disseminação do processo inflamatório pulpar para os tecidos perirradiculares.

Durante a instrumentação dos canais radiculares, a utilização do hipoclorito de sódio teve papel fundamental na redução da carga microbiana e na dissolução de tecidos orgânicos remanescentes. De acordo com Estrela (2018), essa solução continua sendo considerada uma das mais importantes no tratamento endodôntico devido às suas propriedades antimicrobianas e capacidade de limpeza.

Da mesma forma, a utilização do EDTA a 17% como irrigante complementar, que auxilia na remoção da smear layer produzida durante a instrumentação, favorecendo a ação das soluções irrigadoras e melhorando as condições para a obturação do sistema de canais radiculares (SIQUEIRA JÚNIOR; RÔÇAS, 2022).

CONCLUSÃO

O tratamento endodôntico do dente 14 apresentou resultado clínico imediato satisfatório, com ausência de sintomatologia ao final das sessões. No entanto, o sucesso terapêutico deve ser confirmado por acompanhamento clínico e radiográfico periódico, especialmente em razão da alteração periapical observada inicialmente.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS. Diagnostic Terminology. Chicago: AAE, 2024.
- ESTRELA, C. Endodontia científica e técnica. 4. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018.
- EUROPEAN SOCIETY OF ENDODONTOLOGY. European Society of Endodontology position statement: management of apical periodontitis. **International Endodontic Journal**, v. 56, n. 7, p. 715–739, 2023. Disponível em: Wiley Online Library. Acesso em: 16 jun. 2026.
- LOPES, H. P.; SIQUEIRA JÚNIOR, J. F. Endodontia: biologia e técnica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
- SIQUEIRA JÚNIOR, J. F.; RÔÇAS, I. N. Present status and future directions in endodontic microbiology. Dental Clinics of North America, v. 66, n. 1, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34794549/>. Acesso em 09 de junho de 2026.

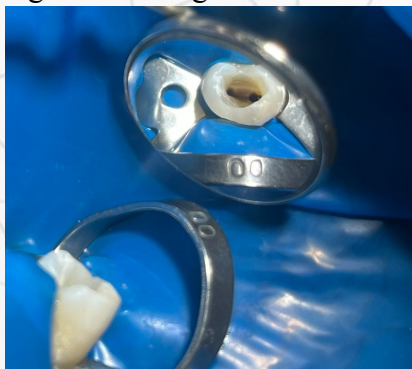
IMAGENS RELACIONADAS

Figura 1. Radiografia Inicial - lesão apical.



Fonte: Autores.

Figura 2. Cirurgia de acesso.



Fonte: Autores.

Figura 3. Prova do cone.



Fonte: Autores.

Figura 4. Prova de Obturação.



Fonte: Autores.

Figura 5. Radiografia final.



Fonte: Autores.