

## TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM MÚLTIPLOS DENTES NECROSADOS COM DESGASTE SEVERO NA SUPERFÍCIE INCISAL: RELATO DE CASO

Endodontic treatment in multiple teeth with severe necrosis and severe wear on the incisal surface: case report

Maria da Conceição Cruz Nascimento<sup>1</sup>, Monalisa Simplicio Bezerra<sup>2</sup>, Francisco Nathizael Ribeiro Gonçalves<sup>3</sup>, Edla Helena Salles de Brito<sup>4</sup>, Ravel Bezerra Brasileiro<sup>5</sup>, Mariana Canuto Melo de Sousa Lopes<sup>6</sup>, Matheus de Sousa Aguiar<sup>7</sup>, Ranyele Elis Alexandre Rodrigues<sup>8</sup>, Marcela Maria Costa Borges<sup>9</sup>, Amanda Brito Santos<sup>10</sup>, Ana Leticia Linhares De Sousa Paula<sup>11</sup>, Isabela Brito Freitas<sup>12</sup>

### RESUMO

O desgaste dentário é um fenômeno complexo resultante de hábitos prejudiciais e dietas inadequadas, levando a problemas como atrição, abfração, abrasão e erosão. A abrasão é um desgaste físico causado por hábitos, como roer unhas; a abfração, é uma perda patológica de estrutura devido a forças biomecânicas; a erosão, é a dissolução dos minerais dentários causado por fatores intrínsecos e extrínsecos. Já a atrição, é o desgaste fisiológico, que ocorre pelo contato excessivo dos dentes, podendo levar à perda de dimensão vertical e necrose pulpar em casos extremos. Necrose pulpar é a morte do tecido interno do dente, favorecendo a invasão bacteriana no canal radicular. O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de um paciente que compareceu a clínica apresentando múltiplos dentes com necrose pulpar e lesão periapical ocasionado por desgaste dental, sendo realizado o tratamento endodôntico de múltiplos dentes e encaminhado para conclusão do tratamento na disciplina de reabilitação oral e exodontia. O tratamento odontológico realizado resultou de forma eficaz na resolução da sintomatologia dolorosa e na adequação do meio bucal do paciente.

**Palavras-chave:** Desgaste dental; Necrose pulpar; Canal Radicular.

### ABSTRACT

Dental wear is a complex phenomenon resulting from harmful habits and inadequate diets, leading to problems such as attrition, abfraction, abrasion, and erosion. Abrasion is physical wear caused by habits such as nail biting; abfraction is a pathological loss of structure due to biomechanical forces; erosion is the dissolution of dental minerals caused by intrinsic and extrinsic factors. Attrition, on the other hand, is physiological wear that occurs due to excessive tooth contact, which can lead to loss of vertical dimension and pulp necrosis in extreme cases. Pulp necrosis is the death of the inner tissue of the tooth, favoring bacterial invasion into the root canal. The aim of this study is to report a clinical case of a patient who presented to the clinic with multiple teeth showing pulp necrosis and periapical lesion caused by dental wear, undergoing endodontic treatment of multiple teeth and being referred for completion of treatment in the disciplines of oral rehabilitation and exodontia. The dental treatment performed effectively resolved the painful symptoms and improved the patient's oral environment.

**Keywords:** Dental wear; Pulp necrosis; Root canal.

- 1 Graduanda em Odontologia pela Faculdade Paulo Picanço
- 2 Mestra em Clínica Odontológica pela Faculdade Paulo Picanço
- 3 Mestre em Ciências Odontológicas pela Unichristus
- 4 Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade De Fortaleza
- 5 Mestre em Odontologia pela Universidade De Fortaleza
- 6 Mestra em Odontologia pela Universidade Federal Do Ceará
- 7 Graduando em Odontologia pela Faculdade Paulo Picanço
- 8 Mestra em Clínica Odontológica pela Faculdade Paulo Picanço
- 9 Mestra em Clínica Odontológica pela Faculdade Paulo Picanço
- 10 Graduanda em Odontologia pela Unichristus
- 11 Mestranda em Ciências Odontológicas pela Unichristus
- 12 Graduanda em Odontologia pela Faculdade Paulo Picanço

#### Autor de correspondência

Francisco Nathizael Ribeiro Gonçalves - nathizael.goncalves@facpp.edu.br



## INTRODUÇÃO

O desgaste dentário é um fenômeno complexo causado por diversos fatores, incluindo hábitos prejudiciais e dietas inadequadas. Isso resulta na perda de estrutura dos dentes e pode levar a problemas como atrição, abfração, abrasão e erosão. Durante o exame clínico, podem ser observados sulcos profundos, má formação e defeitos no esmalte, afetando dentina, cemento e polpa. A abrasão é um tipo de desgaste físico causado por hábitos como roer unhas ou colocar objetos na boca, e se manifesta clinicamente como desgaste em forma de chanfro na superfície incisal e como desgaste côncavo na região cervical devido à escovação, tanto pela força quanto pela frequência. A abfração é a perda patológica de estrutura dental devido a forças biomecânicas, como contatos prematuros, interferências oclusais e bruxismo. Clinicamente, aparece como defeitos em forma de cunha na face vestibular, afetando a região cervical de um ou vários dentes <sup>(1)</sup>.

A erosão, por outro lado, resulta da dissolução dos minerais dos dentes devido a processos químicos, causada por ácidos. Pode ser causada por fatores intrínsecos (ácidos gástricos) e extrínsecos (medicamentos, dieta, ambiente). A saliva desempenha um papel tamponante importante na prevenção da erosão. Clinicamente, as lesões por erosão apresentam perda de brilho no esmalte, com superfícies lisas, largas e rasas em forma de U, geralmente afetando a face palatina. A atrição é um desgaste fisiológico causado pelo contato excessivo dos dentes durante a mastigação, resultando no desgaste das superfícies incisais e oclusais dos dentes. Esse desgaste é

geralmente lento, mas pode ser acelerado por parafunções, como o bruxismo. Isso pode levar a sensibilidade dental, dor ao contato com temperaturas extremas e retração gengival na região cervical dos dentes. Além disso, em casos graves, a atrição pode causar perda da dimensão vertical e, eventualmente, levar à necrose pulpar devido ao trauma e exposição da polpa <sup>(2)</sup>.

Necrose pulpar é a morte do tecido interno do dente, permitindo a invasão de microrganismos no canal radicular. Isso cria um ambiente propício para o crescimento bacteriano. Clinicamente, se manifesta como escurecimento dental, dor à pressão e ausência de resposta a testes térmicos. Radiograficamente, pode ser observada uma lesão perirradicular <sup>(3)</sup>. A região perirradicular está diretamente relacionada ao canal radicular e é suscetível a lesões causadas por bactérias, toxinas e degeneração do tecido pulpar. O biofilme bacteriano nessa região forma uma barreira que dificulta a ação de substâncias antimicrobianas e células de defesa. O tratamento da necrose pulpar envolve técnicas endodônticas para reduzir microrganismos, complementadas por agentes antimicrobianos intracanalais para desinfecção eficaz. A medicação intracanal desempenha um papel crucial no tratamento da necrose pulpar <sup>(4)</sup>.

A microbiota oral abriga mais de 300 espécies microbianas, muitas das quais podem estar presentes na polpa necrosada. Micro-organismos coletados de canais radiculares de dentes decíduos e permanentes frequentemente coincidem com os da placa dental, bolsas periodontais e lesões de cárie. *Streptococcus Sanguis* e *Streptococcus Salivarius* são comuns devido à contaminação

pela saliva. Também são encontrados lactobacilos e bactérias produtoras de pigmento negro, como *Porphyromonas* e *Prevotella*, incluindo espécies patogênicas periodontais como *P. nigrescens*, *P. intermedia*, *P. melaninogenica*, *P. denticola*, *P. buccae*, *P. endodontalis* e *P. gingivalis* <sup>(5)</sup>.

O desgaste pode ser resultado de algumas atividades parafuncionais como apertamento ou o bruxismo, por esse motivo o desgaste dentário precisa ser bem diagnosticado, para que possa ser traçado uma linha de tratamento adequada. O planejamento preciso das medidas preventivas e reabilitadoras é crucial para abordar eficazmente o desgaste e alcançar resultados duradouros.

O objetivo do presente trabalho é relatar o caso clínico de um paciente que apresenta múltiplos dentes com necrose pulpar e lesão periapical ocasionado por desgaste dental.

## RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente E.T.L.J., sexo masculino, pardo, de 52 anos, compareceu a clínica da Faculdade Paulo Picanço relatando dor e sensibilidade nos dentes inferiores anteriores. Durante a anamnese, o paciente informou desconforto na região de ATM pela manhã, ao ser questionado se “rangia” os dentes, o paciente informou que sua companheira havia escutado durante a noite, também informou que não apresentava nenhum problema sistêmico, não possui contraindicação a medicação e anestésicos locais. Ao exame clínico, foi observado a presença de desgastes severo nas fases incisais e fistula na região do elemento 33. Ao realizar o teste térmico, paciente mostrou-se assintomático. No exame radiográfico periapical (Figura 2), observou-se uma área radiolúcida próximo aos ápices radiculares dos elementos 41, 32 e 33, sendo sugestiva de lesão perradicular. Após todos os testes e exames complementares o caso foi diagnosticou-se o abscesso perirradicular.

Figura 01: Exame clínico com bordos incisais desgastados



Fonte: Própria autora

## 1º SESSÃO

Para dar início ao tratamento endodôntico o paciente foi anestesiado utilizando a técnica infiltrativa com anestésico articaina, posteriormente foi realizado o isolamento absoluto do elemento 43, utilizando arco de ostby, lençol de borracha e grampo, em seguida foi realizada a trepanação pela fase incisal para dar início ao acesso, o correto seria fazer a trepanação pela fase lingual, porém a fase incisal já estava bastante comprometida. Para a trepanação foi utilizado uma broca diamantada em alta rotação de número 1014 e endoZ. Após a trepanação foi realizado o preparo da câmara pulpar. Para encontrar o canal radicular foi usado uma lima especial de número #8 para o cateterismo dos condutos. Por ser um dente sem vitalidade foi irrigado com abundância com clorexidina 2% líquida e soro fisiológico, para realizar a neutralização do tecido necrosado, foi usado lima do tipo kerr #25, nos terços cervical e médio com constante irrigação/aspiração com soro fisiológico e clorexidina 2%.

Para dá continuidade ao preparo biomecânico, foi realizado a medição do comprimento real do elemento dentário 43 utilizando o localizador foraminal da Mklife, determinando o comprimento de trabalho (CT) de 22,5 milímetro, com a lima especial #8. Deu-se sequência a instrumentação com as limas #20, #25, #30, #35 e #40. A lima memória foi a #40, logo em seguida foram feitos os recuos programados de -1 milímetro usando as limas #45 (21,5mm), #50 (20,5mm) e #55 (19,5mm). Realizando sempre irrigação em grande escala e lembrando sempre a lima memória no comprimento de trabalho. Para finalizar a primeira sessão do tratamento endodôntico que foi acesso, foi utilizado como medicação intracanal clorexidina em gel e restauração provisória com ionômero de vidro modificado (RIVA), aguardando uma semana para dar continuidade ao tratamento.

Figura 2: Raio-x inicial do dente 43



Fonte: Própria autora

## 2º SESSÃO

Paciente retornou 07 dias após a primeira sessão do tratamento endodôntico sem sintomatologia dolorosa, sendo optado por realizar a obturação. Foi realizado a anestesia local, técnica infiltrativa com articaina, logo em seguida a remoção da restauração provisória do RIVA com ponta diamantada em alta rotação nº 1014 e instalado o isolamento absoluto com lençol de borracha e arco de ostby e grampo. Após observar o sistema de canal radicular, foi realizado irrigação com soro fisiológico/ clorexidina 2% e recapitulado o comprimento de trabalho com LM, até remover toda a medição intracanal por completo. Após conferir a patência com a lima #20, foi realizado o teste da guta-percha, optando pelo cone de comprimento médio, sendo adaptado e tendo como referência a LM #40. Foi realizado a prova do cone e radiografado (Figura 3), após verificar que o cone correspondeu ao comprimento do sistema de canal radicular foi desinfetado com álcool 70% e soro fisiológico.

O protocolo de irrigação final foi realizado em abundância, como foi em todo o processo de instrumentação. Foi realizado a secagem do conduto com cone de papel estéreis, sendo levado em consideração o comprimento de trabalho. A obturação foi feita com cone guta-percha M e cimentado com cimento a base de óxido de zinco e eugenol (endofill). Foi realizado a técnica de cone único e condensação lateral, após a cimentação foi realizado o corte do excesso de guta-percha com calcador de Paiva aquecido até embocadura do

canal radicular, após a condensação foi realizado a limpeza da câmara pulpar com algodão umedecido com álcool 70%, foi realizado a radiografia final (Figura 4), onde foi avaliado e comprovado a condensação satisfatória do sistema de canal radicular. Na mesma consulta foi realizado o acesso do elemento 41, pois além do desgaste excessivo no bordo incisal, o mesmo respondeu negativamente ao teste térmico. Após o isolado utilizando arco de ostby, lençol de borracha e grampo 212, foi realizado a trepanação pela fase incisal. Para realizar a trepanação foi utilizado ponta diamantada 1012 e endoZ, em seguida realizou-se o preparo da câmara pulpar. Para dar continuidade ao acesso endodôntico foi necessário encontrar a embocadura do canal utilizando a lima de série espécie #6. Logo em seguida, com o intuito de anular o material necrosado foi realizado irrigação em abundância com clorexidina a 2% e soro fisiológico com a ajuda de uma lima do tipo kerr #25 nos terços cervical e médio.

Em seguida realizou-se a odontometria do elemento dentário 41, utilizando o localizador foraminal eletrônico, tendo como resultado o CT de 14 mm, com a lima de série especial #6. Foi usado a lima #25, #20, #15 nos terços cervical e médio para dar início a limpeza do conduto. Após a remoção de boa parte do material necrosado foi optado por colocar medicação intracanal, sendo o hidróxido de cálcio a medicação de escolha. Logo em seguida foi realizado a restauração provisória com RIVA e liberado o paciente.

Figura 3: Prova Cone do dente 43



Fonte: Própria autora

Figura 4: Radiografia final do dente 43



Fonte: Própria autora

### 3º SESSAO

Paciente retornou após uma semana para dar continuidade ao tratamento endodôntico do elemento 41. Após acolher o paciente e explicar o que faríamos na sequência, foi realizado a técnica anestésica infiltrativa com articaina e remoção da restauração provisória com ponta diamantada 1012 em alta rotação, em seguida realizou-se o isolamento absoluto com arco de ostby, lençol de borracha e grampo 202. Posteriormente a remoção de toda medicação intracanal com o auxílio da lima #15 e com bastante irrigação com clorexidina 2% e soro fisiológico.

Para prosseguir com o preparo biomecânico deu-se início a sequência de instrumentação com a lima #20(14mm), #25(14mm), #30(14mm), #35(14mm), importante lembrar que sempre entre uma lima e outra houve bastante irrigação/ aspiração, sendo de escolha a técnica escalonada. A LM foi a #35, logo em seguida foram feitos os recuos programados de -1 milímetro usando as limas #40 (13,5mm), #45 (12,0mm) e #50

(11,5mm). Para finalizar o preparo biomecânico foi utilizado a broca Gates nº 2.

Para dar início a etapa de obturação do sistema de canal radicular, foi realizado o teste de cone de guta-percha, onde o cone de M foi o que mais se adaptou. O mesmo foi adaptado tendo como referência LM #35. Em seguida realizou-se radiografia periapical e observou-se que o cone estava correspondendo ao comprimento de trabalho.

Antes de dar continuidade a etapa de obturação foi utilizado 03 (três) gotinhas de EDTA 17% por 03 minutos para uma boa e total desinfecção do conduto, em seguida foi removido com bastante irrigação/ aspiração, posteriormente foi realizado a desinfecção do cone de guta-percha com álcool a 70% e soro fisiológico.

Em seguida o conduto radicular foi seco com cone de papel estéreis levando em consideração o CT, após seco foi realizado a obturação com cone de guta-percha cimentado com cimento a base óxido de zinco e engenol

(Endofill). Ao final da obturação foi cortado o excesso de guta-percha com calcador de Paiva aquecida até a embocadura. Em seguida foi realizado a limpeza da câmara pulpar com algodão umedecido com álcool 70%. Posteriormente

foi realizado a radiografia periapical (Figura 5) e constatou-se a obturação satisfatória do sistema radicular. Foi realizada restauração provisória com RIVA e a liberação do paciente.

Figura 5: Radiografia final do dente 41



Fonte: Própria autora

#### 4º SESSAO

Na semana seguinte paciente retornou para dar continuidade ao tratamento. Por sua vez, foi realizado a tomada radiográfica periapical do dente 33 (Figura 6), em seguida foi explicado a necessidade do tratamento endodôntico. Paciente foi anestesiado usando a técnica infiltrativa com anestésico articaina, foi realizado o isolamento absoluto do elemento 33, utilizando arco de ostby, lençol de borracha e grampo, em seguida foi realizado a trepanação pelo bordo incisal, o acesso foi realizado pela superfície incisal porque já havia um desgaste considerável. Para realizar a trepanação foi utilizado uma broca diamantada em alta rotação de número 1012 e endoZ, realizando o preparo da câmara pulpar. Foi utilizado uma lima de série especial de número #8 para encontrar o canal radicular, irrigando bastante com clorexidina 2% líquida e soro fisiológico.

Após encontrar o canal radicular optou-se por já realizar a medição do CT do 33, para isso foi utilizado o localizador foraminal da Mklife e lima #8, obtendo como resultado o comprimento de 20,5 milímetros (mm), após irrigar bastante foi utilizado lima #20 para remoção de boa parte do material necrosado presente no sistema de canal radicular, nessa mesma sessão foi dado início a etapa de instrumentação utilizando as limas #20 (20,5mm), #25 (20,5mm), #30 (20,5mm) e #35 (20,5mm), sempre lembrando a lima de a patência (#20) e irrigação/aspiração em grade escala entre as trocas limas.

Após irrigação/aspiração em abundância utilizado medicação intracanal, onde a medicação de escolha foi clorexidina em gel 2%, em seguida restauração provisória com RIVA e liberado o paciente.

Figura 6: Raio-x Inicial 33



Fonte: Própria autora

## 5º SESSÃO

Paciente retornou após uma semana, e ao ser questionado se havia sentido algum desconforto ou até mesmo dor, o mesmo relatou não ter sentido nada. Dando continuidade ao tratamento endodôntico, paciente foi anestesiado utilizando a técnica infiltrativa com o anestésico articaina. Foi realizado a remoção da restauração provisória de RIVA utilizando ponta diamantada 1012 em caneta de alta rotação, em seguida foi realizado isolamento absoluto com arco de ostby, lençol de borracha e grampo.

Como na sessão passada já havia dado início a sequência de instrumentação, foi lembrado o LM #35, em seguida realizado os recuos programados de -1 milímetro usando as limas #40 (19,5mm), #45 (18,5mm), #50 (17,5mm), sempre com bastante irrigação/aspiração e lembrando o instrumento memória, ao fim da instrumentação foi usado a broca Gates de número 2, nos terços cervical e médio.

Figura 7: Prova do cone do dente 33



Fonte: Própria autora

Iniciando a etapa de obturação, foi feito o teste do cone de guta-Percha, tendo como escolha o cone M, o cone de guta-percha foi adaptado e radiografado (Figura 7); após observar que o cone correspondeu ao CT, foi desinfetado com álcool 70% e soro fisiológico.

Foi realizado o protocolo de irrigação em abundância, seguida deu-se início a secagem do conduto com cone papal estéreis, levando em consideração o CT, após a secagem foi realizado a obturação com cone de comprimento médio, com cimento a base Oxido de Zinco e Eugenol (Endofill). A técnica utilizada foi a cone único. Em seguida a remoção do excesso de Guta-Percha com o calcador de Paiva aquecido, limpeza da câmara pulpar com algodão umedecido com álcool 70%. Foi constatada a obturação satisfatória através da radiografia periapical (Figura 8). Após a radiográfica periapical foi realizado a restauração provisória com RIVA e liberado o paciente.

Figura 8: Radiografia final do dente 33



Fonte: Própria autora

## 6º SESSÃO

Na semana seguinte, o paciente retornou a clínica para dar início ao tratamento endodôntico do elemento dentário 32, paciente já havia realizado a radiografia periapical. Paciente foi anestesiado usando a técnica infiltrativa com anestésico articaina. Em seguida realizado a trepanação com ponta diamantada 1014 e endoZ em caneta de alta rotação pela fase incisal, pois já estava bastante desgastada. Foi realizado isolamento absoluto com arco ostby, lençol de borracha e grampo. Foi usado uma lima de série especial #8 para a localização do conduto, após a localização o conduto foi irrigado com bastante clorexidina a 2% e soro fisiológico.

Na sequência foi realizado a mediação do conduto, utilizando o localizador foraminal da Myfile e a lima de série especial #8. O resultado encontrado do CT foram 16 mm, seguido de bastante irrigação/aspiração. Nessa sessão optou-se por dá início a sequência de instrumentação escalonada, #15 (16,0mm), #20 (16,0mm), #25 (16,0mm) e #30 (16,0mm). Posteriormente foi realizado os recuos planejados -1 milímetro, usando as limas #35 (15,0mm), #40 (14,5mm), #45 (13,0mm), sempre irrigando e lembrando o instrumento memória, em seguida foi usado a broca Gates de número 2 e 3 nos terços médios e incisal. Foi colocado medição intracanal, sendo a clorexidina em gel a 2% a medicação de escolha, ao final da instrumentação realizou-se a restauração provisória com RIVA.

## 7º SESSÃO

Após 7 dias o paciente retornou e ao ser questionado sobre alguma sintomatologia o paciente negou. Dando continuidade ao tratamento endodôntico do elemento 32, paciente foi anestesiado utilizando a técnica infiltrativa com o anestésico articaina. Foi realizado a remoção da restauração provisória de RIVA utilizando ponta diamantada 1012 em caneta de alta rotação, em seguida foi realizado isolamento absoluto com arco de ostby, lençol de borracha e grampo. Em seguida foi removido a medição intracanal com lima #15 com bastante irrigação com clorexidina a 2% e soro fisiológico.

Na sessão anterior já havia realizado toda a sequência de instrumentação, então foi lembrado o LM #30. Após o protocolo de irrigação, deu-se início a etapa de obturação do conduto, onde foi realizado o teste do cone Guta-Percha, obtendo como resultado o cone de M, o mesmo foi adaptado e radiografado (Figura 9), observando que o resultado foi satisfatório e o cone correspondeu ao CT, foi desinfetado com álcool a 70% e soro fisiológico.

Em seguida o conduto foi seco com cone de papel estéreis, levando em consideração o CT, após a secagem foi realizado a obturação com cone Guta-Percha M e cimentado com cimento a base de oxido de zinco e eugenol (endofill). Foi realizado a técnica de cone único e condensação lateral. Posteriormente foi realizado o corte do excesso de Guta-Percha com calcador de Paiva aquecido até a embocadura do canal, após a

obturação foi realizado a limpeza da câmara pulpar com a algodão umedecido com álcool a 70%, ao final foi realizado a tomada radiográfica (Figura 10), onde foi avaliado a condensação efetiva do

conduto, para finalizar foi realizado a restauração provisória com RIVA e encaminhado o paciente para a reabilitação oral.

Figura 9: Prova do cone



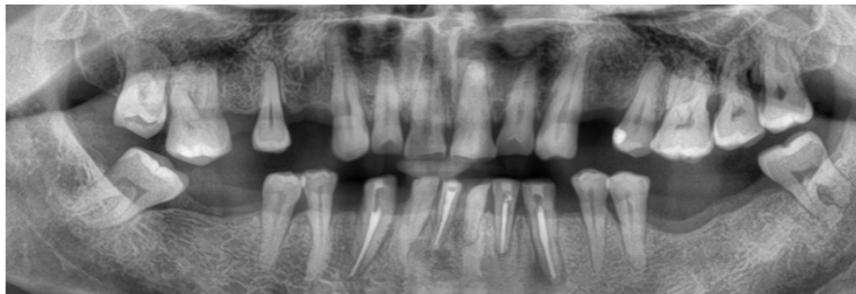
Fonte: Própria autora

Figura 10: Radiografia final do dente 32



Fonte: Própria autora

Figura 11: Radiografia panorâmica realizada 04 meses após a finalização dos canais dos dentes 33, 32, 41 e 43.



Fonte: Própria autora

Foi realizado a preservação, após 04 (dois) meses o paciente retornou e realizou radiografia

panorâmica (Figura 11) para verificação dos tratamentos realizado.

Figura 12: Radiografia de preservação 10 meses após o tratamento endodôntico dos elementos 33, 32, 41 e 43



Após 8 meses paciente retornou para acompanhamento dos tratamentos endodônticos, onde realizou as radiografias periapicais (figura 12) e observa-se que o prognóstico é excelente e as lesões estão regredindo satisfatoriamente como esperado.

## DISCUSSÃO

O papel da oclusão na saúde bucal, especialmente em relação às LCNC, tem sido objeto de estudo e debate na literatura odontológica. Investigou-se a relação entre oclusão e LCNC, encontrando uma correlação significativa entre a presença de LCNC e a função de grupo em hemiarco, em comparação com a guia canina no hemiarco oposto (6). Nesse relato de caso o paciente apresentava desgaste nas superfícies incisais em grandes quantidades, decorrente do apertamento noturno, o que pode ter contribuído para a presença de LCNC.

Além disso, a pesquisa de Santos et al., destacou a prevalência do desgaste dentário em diferentes faixas etárias, com maior incidência na terceira década de vida. Este desgaste pode ser atribuído a vários fatores, incluindo trauma oclusal, que pode levar a condições como hipercementose e reabsorção radicular (7;8)

O trauma oclusal também pode desempenhar um papel importante no desenvolvimento de pulpíte e necrose pulpar (9). O excesso de forças oclusais pode levar à inflamação pulpar, que, se não tratada adequadamente, pode progredir para necrose pulpar, como no caso do elemento 33 que apresentava uma fistula

decorrente da necrose pulpar, os elementos 43 32 e 41 apresentavam necrose pulpar devido as forças oclusais.

Quanto ao tratamento endodôntico, a escolha entre sessão única ou múltiplas sessões é uma decisão clínica complexa. Embora a sessão única ofereça vantagens em termos de economia de tempo e custo, as evidências sugerem que o sucesso a longo prazo não é necessariamente influenciado pela escolha entre as duas abordagens. É fundamental considerar fatores como a presença de exsudato e a condição do dente e do tecido circundante ao decidir sobre o plano de tratamento. No presente estudo foi optado por múltiplas sessões, devido a presença de exsudado, a falta de experiência do operador e por se tratar de um elemento necrosado e com proliferação de bactérias.

No que se diz respeito à medicação intracanal, tanto o hidróxido de cálcio quanto a clorexidina foram discutidos como opções eficazes. O hidróxido de cálcio é amplamente utilizado devido às suas propriedades antimicrobianas e capacidade de promover a reparação de lesões perirradiculares. Por outro lado, a clorexidina demonstrou eficácia antibacteriana, embora sua ação de curto prazo exija considerações adicionais em relação a frequência de aplicação. No caso discutido foi optado por usar as duas, tanto medicações, tanto hidróxido de cálcio quanto clorexidina, em ambos os elementos e foi observado que ambos tiveram resultados satisfatório, mesmo com ações diferentes.

## CONCLUSÃO

O tratamento odontológico realizado resultou de forma eficaz na resolução da sintomatologia dolorosa e na adequação do meio bucal do paciente.

As desordens temporomandibulares podem se manifestar de diversas formas, entre elas o bruxismo e apertamento, que pode levar a danos irreversíveis aos tecidos mineralizados e moles do dente, tornando necessária a intervenção endodôntica, dependendo da condição da polpa. O tratamento endodôntico realizado supriu às necessidades do paciente com sucesso, proporcionando alívio da dor. Para reestabelecer a estética e função, foi sugerido ao paciente a reabilitação oral na clínica integrada, para ser realizado os procedimentos remanescentes, nas áreas de dentística, prótese e periodontia.

## REFERÊNCIAS

1. Alves M, Lucena S, Araujo S, Carvalho A. Diagnóstico clínico e protocolo de tratamento do desgaste dental não fisiológico na sociedade contemporânea. *Rev Odontol Clín-Cient.* 2012 Jul-Sep;11(3):247-251.
2. Souza B. Erosão dentária em paciente atleta: artigo de revisão. *Rev Bras Odontol.* 2017 Apr-Jun;74(2):155-161.
3. Craesmeyer G, Barbosa V. Avaliação histopatológica e radiográfica de dentes com e sem lesões periapicais crônicas. *Rev Odont Bras.* 1992;2:25-29.
4. Leonardo MR, Leal JM. Endodontia: Tratamento de canais radiculares. 3rd ed. São Paulo: Panamericana; 1998. p.491-517.
5. Theilade E. Microbiologia da polpa necrosada. In: Bergenholtz G, Horsted-Bindslev P, Reit C, editors. *Endodontia.* Guanabara-Koogan; 2006.
6. Antonelli J, et al. The role of occlusal loading in the pathogenesis of non carious cervical lesions. *Am J Dent.* 2013;26(2):86-92.
7. Zavala C, et al. Afecciones pulpares de origen no infeccioso en órganos dentários com oclusión traumática. *Rev Cubana Estomatol.* 2016;53(2):29-36.
8. Jepsen S, et al. Periodontal manifestations of systemic diseases and developmental and acquired conditions: Consensus report of workgroup 3 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Periodontol.* 2018;89:237-248.
9. Okeson JP. Sinais e sintomas das desordens temporomandibulares. In: Okeson JP. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.* 7th ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda; 2013. p.129-169.

**Observação:** os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.