

Reabilitação com implante após insucesso de tratamento de reabsorção cervical invasiva: acompanhamento de 10 anos

BARBARA MAGALHÃES FIGUEIREDO DIAS¹

VICTOR GABRIEL BRAGA DE OLIVEIRA¹

VICTOR DE MORAIS GOMES²

CLÁUDIA LOPES BRILHANTE BHERING³

EDUARDO LEMOS DE SOUZA³

SÉRGIO CARVALHO COSTA³

JOSÉ AUGUSTO CÉSAR DISCACCIATI³

1. ALUNO(A) DE GRADUAÇÃO. FACULDADE DE ODONTOLOGIA (UFMG)

2. ESPECIALISTA EM PRÓTESE DENTAL PELA FACULDADE DE ODONTOLOGIA (UFMG)

3. PROFESSORES DO DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA RESTAURADORA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA (UFMG)

ODR | FAO | UFMG

Dados da publicação

Como citar este artigo:

Dias, BMF; Oliveira, VGB; Gomes, VM; Bhering CLB; Souza, EL; Costa, SC; Discacciati, JAC. Reabilitação com implante após insucesso de tratamento de reabsorção cervical invasiva: acompanhamento de 10 anos. Espaço Clínico Virtual do ODR. Belo Horizonte, 2021.

RECEBIDO EM 15/02/2021

ACEITO EM 29/03/2021

PUBLICADO EM 12/04/2021

ISBN: 978-65-00-20612-8

Palavras-chave: Reabsorção cervical invasiva, Reabsorção radicular, Implante dental.

Introdução

A reabsorção cervical invasiva (RCI) é um tipo de reabsorção externa de raiz caracterizada pela invasão de tecido fibrovascular, derivado do ligamento periodontal, para o interior da dentina radicular. O quadro geralmente se inicia na junção amelo-cementária, onde está a junção epitelial, sendo um processo puramente inflamatório. Em muitos casos, atinge apenas um único dente, segundo YOOKYUNG *et al.* (2012).

Os possíveis fatores predisponentes incluem trauma externo (VINOTHKUMAR *et al.*, 2011),

movimentação ortodôntica, sequela de cirurgias ortognáticas e dento-alveolares, doença periodontal e seus tratamentos, clareamento endógeno (HARRINGTON *et al.*, 1979), pressão gerada por instrumentos de sopro e infecção por herpes vírus de felinos (VON ARX *et al.*, 2009). Outro fator relacionado a essa doença é o bruxismo (EFTEKHAR *et al.*, 2017). À RCI também é atribuída etiologia desconhecida (MOODY *et al.*, 1991). Frequentemente, essa doença não é bem compreendida pelos clínicos, e uma vez mal diagnosticada, pode levar a tratamentos inapropriados e consequente perda desnecessária do dente (SCHWARTZ *et al.*, 2010).

**As manifestações clínica e radiográfica da Reabsorção Cervical Invasiva (RCI)
podem ser:**

MANIFESTAÇÕES CLÍNICA E RADIOGRÁFICA DA RCI

**DESCOLORAÇÃO
RÓSEA DA COROA
DO DENTE**

**DETECÇÃO POR
SONDAGEM**

**NENHUM SINAL
CLÍNICO
EVIDENTE**

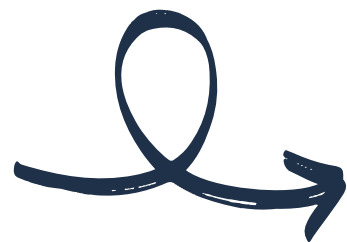
**RADIOLUCIDEZ
ASSIMÉTRICA COM
MARGENS IRREGULARES
NA REGIÃO CERVICAL
DO DENTE**

Ao exame de imagem, a reabsorção pode variar apresentando aparência manchada, caso esteja em estágio avançado (HEITHERSAY, 1999).

Dentre os tratamentos recomendados pela literatura podemos destacar os cirúrgicos e os não cirúrgicos.

CIRÚRGICOS: Incluem levantamento de retalho mucoso permitindo acesso ao defeito para debridamento e posterior preenchimento da cavidade com resina composta ou cimento de ionômero de vidro.

NÃO CIRÚRGICOS: Consistem na remoção química ou mecânica do tecido de reabsorção durante o tratamento endodôntico.



Nesse caso, terapias fotodinâmicas antimicrobianas tem sido recomendadas como coadjuvantes no processo.

Com essa abordagem, espera-se pela redução da quantidade de microrganismos persistentes no interior do canal, nos túbulos dentinários e na própria reabsorção, além dos limites da lesão (TAVARES *et al.*, 2021).

Objetivo

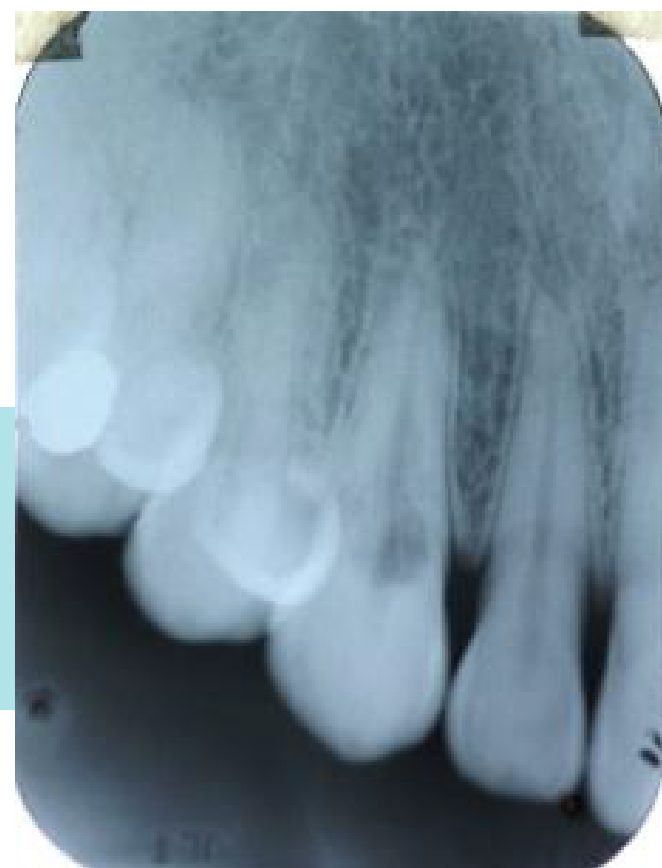
Apresentar o resultado, após dez anos de acompanhamento clínico e radiográfico, de uma situação clínica relatada anteriormente (DISCACCIATI *et al.*, 2012), de um paciente com diagnóstico de RCI que, apesar da instituição de terapêutica precoce, teve agravamento do quadro após dois anos, sendo necessária medida extrema de intervenção por meio da exodontia e posterior reabilitação com a instalação de implante osseointegrável e confecção de coroa cerâmica.

Relato DE CASO

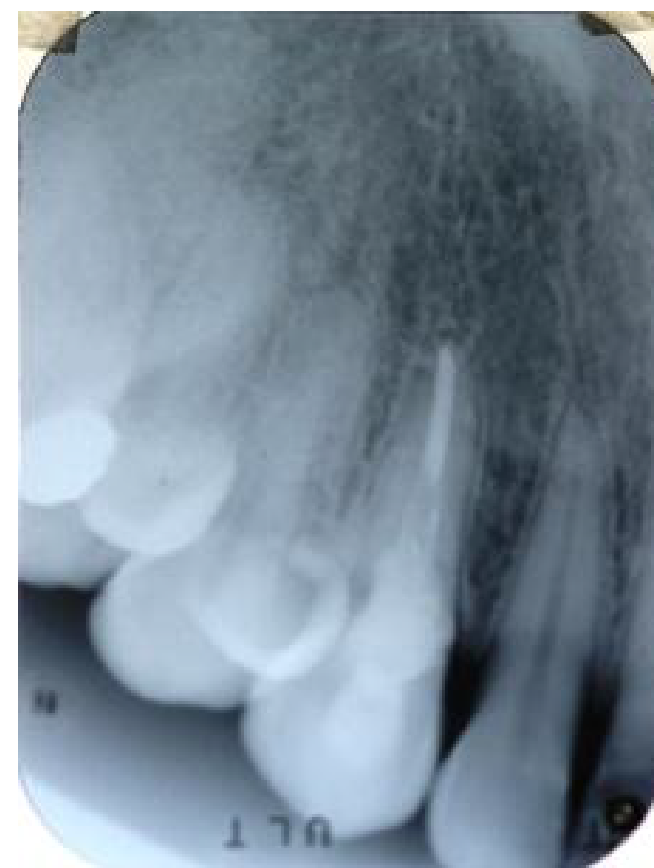
- PRODEDIMENTOS REALIZADOS EM 2010
- PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 40 ANOS.
- PROCUROU ATENDIMENTO NA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFMG

O paciente procurou atendimento apresentando duas radiografias periapicais referentes à região do dente canino superior direito, uma anterior e outra posterior ao tratamento endodôntico/restaurador a que foi submetido dois anos antes.

RADIOGRAFIA PERIAPICAL
ANTES DO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO/RESTAURADOR



RADIOGRAFIA PERIAPICAL
DEPOIS DO TRATAMENTO
ENDODÔNTICO/RESTAURADOR



Segundo informações do próprio paciente, houve à época, um diagnóstico de reabsorção radicular com acometimento pulpar, o que justificou o tratamento endodôntico, a instalação de pino intra-canal de fibra de vidro e a restauração da lesão cervical vestibular com resina composta.

QUEIXA PRINCIPAL:



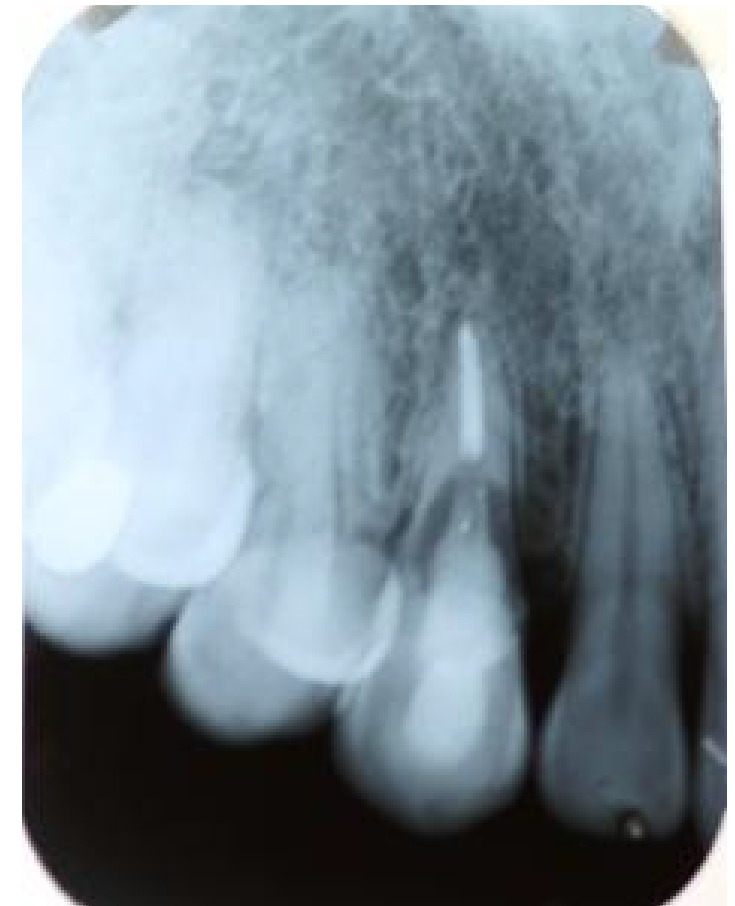
A principal queixa nesta nova consulta era a extrema mobilidade no elemento dental 13. Ao exame clínico, observou-se alteração gengival significativa por vestibular, extensa cavitação sub-gengival por palatino detectada por sondagem e mobilidade grau 3. Seguiu-se por uma nova tomada radiográfica que acusou um avanço considerável da lesão no sentido apical, alcançando-se o terço médio da raiz e, portanto, classificada como RCI classe 4, de acordo com os critérios de HEITHERSAY *et al.* (1994). O paciente relatou apenas o bruxismo como possível fator predisponente à RCI.



ALTERAÇÃO GENGIVAL POR VESTIBULAR



**EXTENSA CAVITAÇÃO SUBGENGIVAL POR
PALATINO**



**RADIOGRAFIA
PERIAPICAL
APONTANDO
AVANÇO DA RCI**

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Diante desse agravamento do quadro clínico, foi necessário realizar a exodontia do dente 13. Durante o procedimento, observou-se separação entre coroa e raiz, sendo que a coroa estava presa apenas por tecido mole, determinante para a mobilidade acentuada apresentada. O implante não foi imediatamente instalado, uma vez que houve comprometimento da porção coronal da tábua óssea vestibular. Foi então confeccionada uma prótese fixa adesiva direta, utilizando-se resina composta e a própria coroa do dente extraído.

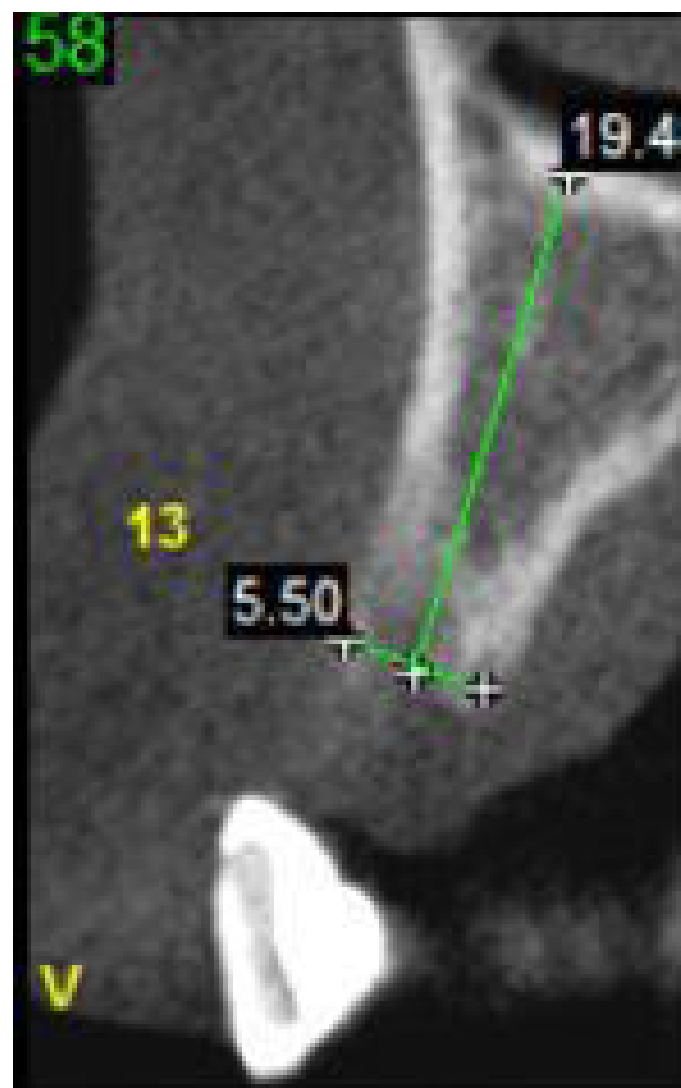
SEPARAÇÃO ENTRE
COROA E RAIZ,
OBSERVADA DURANTE
EXODONTIA.



ASPECTO CLÍNICO DA
PRÓTESE FIXA ADESIVA
CONFECCIONADA APÓS A
EXODONTIA.



Cinco meses após o procedimento, foi solicitada uma tomografia computadorizada de feixes cônicos (TCFC) para se avaliar a reparação óssea alveolar, e, principalmente, a recomposição da crista óssea vestibular, por ser uma área com importância estética. Clinicamente, a região estava cicatrizada e saudável.



**TCFC MOSTRANDO
BOA RECUPERAÇÃO ÓSSEA
ALVEOLAR.**

**REGIÃO CLINICAMENTE
CICATRIZADA E
SAUDÁVEL.**



Dessa forma, foi possível realizar a instalação do implante osseointegrável (Titamax II Plus, Neodent, Curitiba, Brasil), utilizando-se guia cirúrgico. Alcançou-se um torque final de 60N/cm, o que permitiu a instalação de coroa provisória em carga imediata, utilizando-se componente metálico e faceta de dente de estoque. Contatos oclusais em máxima intercuspidação e em movimentos excursivos foram aliviados, sendo o paciente instruído a evitar mastigação sobre a região do implante. Revisões clínicas foram realizadas com sete e trinta dias. Seis meses adiante, foi confirmada a osseointegração através de exame clínico e radiográfico.



**GUIA CIRÚRGICO SENDO
CONFECCIONADO NO
MODELO DE GESSO.**



**INSTALAÇÃO DO
IMPLANTE E DE COROA
PROVISÓRIA IMEDIATA.**



**ALÍVIO NOS CONTATOS OCLUSAIS EM MÁXIMA
INTERCUSPIDAÇÃO E EM MOVIMENTOS
EXCURSIVOS.**

**CONFIRMADA
OSSEINTEGRAÇÃO AO EXAME
CLÍNICO, APÓS 6 MESES.**



Com o sucesso da osseointegração, observada após 6 meses, partiu-se para a confecção da coroa definitiva em cerâmica pelo sistema IPS e.max-Press, como base, e IPS e.max-Ceram, como cobertura. Utilizou-se um munhão (intermediário) personalizado, fabricado em titânio por meio de sistema CAD/CAM (Neoshape, Neodent, Curitiba, Brasil). Após avaliação clínica e radiográfica para os ajustes necessários, a coroa foi então confeccionada sobre o munhão. A coroa foi cimentada em ambiente de completa saúde periimplantar.



IMAGENS DIGITAIS DO MUNHÃO OBTIDO POR SISTEMA CAD/CAM.



MUNHÃO EM TITÂNIO.

PROVA E AJUSTE DO MUNHÃO.





**RADIOGRAFIA DO MUNHÃO
ADAPTADO EM BOCA.**

COROA DEFINITIVA EM CERÂMICA.





ADAPTAÇÃO COROA/MUNHÃO

SAÚDE PERIIMPLANTAR.



O paciente foi então acompanhado por meio de exames clínicos e radiográficos por dez anos.



RADIOGRAFIAS PERIAPICAIS APÓS 10 ANOS DO FINAL DO TRATAMENTO MOSTRAM SUCESSO A LONGO PRAZO.

Resultados E DISCUSSÃO

A partir do diagnóstico acurado de RCI no paciente, o qual havia apresentado o mesmo quadro dois anos antes, foi possível conduzir o caso e descartar a presença de outros fatores etiológicos, que não o bruxismo. Logo, a reabilitação foi realizada com sucesso através da exodontia do elemento 13, seguida de instalação de um implante osseointegrável e confecção de coroa cerâmica, além da recomendação do uso da placa de bruxismo de resina acrílica termo polimerizada, do tipo Michigan.



PACIENTE UTILIZANDO PLACA DE
BRUXISMO

Embora o tratamento que o paciente recebera anteriormente parecer ter sido bem conduzido, baseado na imagem da radiografia inicial, uma indagação surge. O fato de não terem sido realizadas abordagens atualmente sugeridas para tratar RCI, como tracionamento ortodôntico, procedimento periodontal exploratório, aplicação tópica do ácido tricloroacético a 90%, terapia fotodinâmica para redução da carga microbiana, e uso de placa de bruxismo, pode ter sido determinante para o insucesso e a evolução da lesão em curto prazo.

O material restaurador escolhido inicialmente, resina composta, pode ter comprometido a tentativa de recuperação do tecido dental do elemento 13, pois o material mais indicado para o grau de RCI classe 4 é o cimento de ionômero de vidro modificado ou não por resina. O uso do ionômero de fato parece ser ideal devido a suas propriedades de baixa irritabilidade ao dente, adesão à estrutura dentinária por união química, caráter isolante e estimulante formador de dentina, além de liberar flúor, que contribui para o controle da formação de biofilme disbiótico.

Além disso, é o material mais similar à dentina. Esse efeito reparador pode ser potencializado pela adoção de terapia fotodinâmica, que é baseada em um foto-sensibilizador (FS) e uma fonte de luz ressonante. Na presença de oxigênio, o FS absorve o comprimento de onda ressonante e gera espécies reativas de oxigênio. O procedimento é efetivo contra a microbiota que pode favorecer periapicopatias e falhas no tratamento, a qual pode estar presente no sistema do canal radicular e nos túbulos dentinários (TAVARES *et al.* 2021).

Apesar da realização de tratamento endodôntico e restaurador, houve agravamento e progressão da lesão no sentido apical a ponto de permitir a separação entre coroa e raiz, talvez em função da própria força de mastigação e do bruxismo. Portanto, a única alternativa foi a exodontia, já que a lesão era extensa e a radiografia apontava que o remanescente radicular não apresentava condições e nem suportaria manobras alternativos, como tracionamento ortodôntico ou aumento de coroa clínica.

Possivelmente, a adoção inicial de outro protocolo de tratamento poderia ter resultado na manutenção do dente 13 acometido pela RCI. Sendo assim, pela perspectiva de LO GIUDICE *et al.* (2016), quanto à conduta ideal do primeiro atendimento clínico, é sugerido a correção de eventuais irregularidades decorrentes da doença através do acesso, debridamento, restauração da lesão reabsortiva e endodontia.

Em contraponto, SCHWARTZ *et al.* (2010) recomendam a não realização de qualquer abordagem clínica e preconizam que a extração do elemento está condicionada ao aparecimento de episódio sintomático. Os autores também evidenciaram que as escolhas relatadas dependerão do dente afetado e do comprometimento estético.

O relato de casos de SCHWARTZ *et al.* (2010) fortalece a evidência de que o diagnóstico da RCI em estágio leve e moderado (2 e 3) favorece o prognóstico favorável à preservação do dente. Em seu estudo, houve acolhimento de cinco pacientes diagnosticados com a doença, sendo que apenas um deles teve a lesão classificada como classe 4, pois demonstrou comprometimento do terço médio da raiz. As demais lesões foram classificadas como classes 2 e 3. O protocolo seguido incluiu o estabelecimento do proposto acima e foram realizados acessos, debridamentos, endodontia e restaurações. Apenas no caso mais extremo (classe 4) houve necessidade de extração, pois, o paciente apresentou sensibilidade, sangramento gengival e descoloração dental. O acompanhamento por três anos mostrou que, nos demais pacientes, houve completa recuperação e nenhum sinal patológico.

Em relação ao caso aqui apresentado, a fim de confirmar o sucesso do tratamento, pela instalação do implante e confecção de coroa cerâmica, o paciente foi acompanhado ao longo de dez anos. Consultas periódicas e um exame radiográfico final confirmam e solidificam o êxito de todo o procedimento. Em todo período, os aspectos clínicos e radiográficos apontaram saúde.

Conclusão

Concluiu-se que o diagnóstico precoce e o tratamento apropriado dos casos de reabsorção são fundamentais para o sucesso clínico a longo prazo, devendo clínicos e radiologistas imprimir o máximo esforço em seus exames de rotina. O tratamento interdisciplinar deve ser instituído o quanto antes, evitando a perda do dente acometido. Nos casos em que a perda estrutural está muito avançada, o tratamento envolvendo a instalação de implantes osseointegráveis deve ser considerado a primeira escolha, como no caso aqui apresentado. E deve ser observada também a existência de hábitos parafuncionais, como o bruxismo, que devem ser diagnosticados e tratados para evitar reincidências e desencadeamento de novas lesões de RCI.

Referências

1. DISCACCIATI, J. A. C.; SOUZA, E. L.; COSTA, S. C.; SANDER, H. H.; BARROS, V. M.; VASCONCELLOS, W. A. Invasive cervical resorption: etiology, diagnosis, classification and treatment. The Journal of Contemporary Dental Practice, v. 13, n. 5, p. 723-728, Sept./Oct., 2012.
2. EFTEKHAR L.; ASHRAF H.; JABBARI S. Management of Invasive Cervical Root Resorption in a Mandibular Canine Using Biodentine as a Restorative Material: A Case Report. Iranian Endodontic Journal, v. 12, n.3, p. 386-389, jul. 2017.
3. HARRINGTON G. W.; NATKIN E. External resorption associated with bleaching of pulpless teeth. Journal of Endodontics, v. 5, n. 11, p. 344-348, nov. 1979.
4. HEITHERSAY G. S.; DAHLSTROM S. W.; MARIN P. D. Incidence of invasive cervical resorption in bleached root filled teeth. Australian Dental Journal, v. 39, n. 2, p. 82-87, abri. 1994.
5. HEITHERSAY G. S. Invasive cervical resorption. Endodontic Topics, v. 7, n. 1, p. 73-92, mar. 2004.
6. LO GIUDICE G.; MATARESE G.; LIZIO A.; LO GIUDICE R.; ZIZZARI V. L. Invasive cervical resorption: a case series with 3-Year follow-up. Internacional Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, v. 36, n. 1, p. 102-109, jan. 2016.
7. MOODY G. H.; MUIR K. F. Multiple idiopathic root resorption. A case report and discussion of pathogenesis. Journal of Clinical Periodontology, v. 18, n. 8, p. 577-580, set. 1991.
8. SCHWARTZ R. S.; ROBBINS W.; RINDLER E. Management of invasive cervical resorption: observations from three private practices and a report of three cases. Journal of Endodontics, v. 36, n. 10, p 1721-1730, ago. 2010.
9. TAVARES W. L. F; OLIVEIRA R. R.; FERREIRA M. V. L.; SOBRINHO A. P. R.; BRAGA T.; AMARAL R. R. The use of antimicrobial photodynamic therapy in the successful management of an invasive cervical resorption class 4: A case report with five years follow-up. Photodiagnosis and Photodynamic Therapy, v. 33, mar. 2021.
10. VON ARX T.; SCHAWALDER P.; ACKERMANN M. Human and feline invasive cervical resorptions: the missing link? Presentation of four cases. Journal of Endodontics, v. 35, n. 6, p. 904-913, jun. 2009.
11. VINOTHKUMAR T. S.; TAMILSELVI R.; KANDASWAMY D. Reverse sandwich restoration for the management of invasive cervical resorption: a case report. Journal of Endodontics, v. 37, n. 55, p. 706-710, mai. 2011.
12. YOOKYUNG K.; LEE C. Y.; EUISEONG K.; BYOUNG-DUCK R. Invasive cervical resorption: treatment challenges. Restorative Dentistry & Endodontics, Seul, v. 37, n. 4, p. 228-231, nov. 2012.