

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

PRISCILLA SEIBEL BONATTO

REABSORÇÃO CERVICAL EXTERNA: RELATO DE CASO CLÍNICO

PORTO ALEGRE

2012

PRISCILLA SEIBEL BONATTO

REABSORÇÃO CERVICAL EXTERNA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Orientador: Marcus Vinicius Reis Só

Porto Alegre

2012

PRISCILLA SEIBEL BONATTO

REABSORÇÃO CERVICAL EXTERNA: RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Endodontia.

Porto Alegre, 05 de Janeiro de 2012.

Prof. Dr. Marcus Vinicius Reis Só (orientador)

UFRGS/Faculdade de Odontologia

Prof. Dra. Elaine Vianna Freitas Fachin

UFRGS/Faculdade de Odontologia

Prof. Dr. Regis Burmeister dos Santos

UFRGS/Faculdade de Odontologia

RESUMO

BONATTO, Priscilla Seibel. Reabsorção cervical externa: relato de caso clínico. 2012. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Endodontia - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

Reabsorção cervical externa (RCE) é a perda do tecido duro dental como resultado da ação odontoclástica, que geralmente começa na região cervical da superfície radicular dos dentes. Frequentemente, estas lesões são mal diagnosticadas e confundidas com cáries e reabsorções internas, levando a um tratamento inadequado. O diagnóstico precoce e o tratamento correto são as chaves para um bom resultado. A etiologia da RCE é principalmente causada por trauma, tratamento ortodôntico ou fator idiopático. Este caso clínico apresentava uma reabsorção cervical externa classe III (Heithersay) no dente 43, de causa idiopática. O tratamento foi combinado: tratamento cirúrgico-periodontal para expor o defeito de reabsorção e preenchê-lo com cimento de ionômero de vidro modificado por resina e tratamento endodôntico não-cirúrgico da necrose pulpar. Após 12 meses de controle clínico e radiográfico não foi observada a recidiva da lesão reabsortiva. Finalmente, o tratamento do defeito de reabsorção foi considerado bem sucedido como evidenciado pelos achados clínicos e radiográficos.

Palavras-chave: Reabsorção dentária. Reabsorção cervical externa. Reabsorção cervical invasiva.

ABSTRACT

BONATTO, Priscilla Seibel. External cervical resorption: report case. 2012. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Endodontia - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

External cervical resorption (ECR) is the loss of dental hard tissue as a result of odontoclastic action; it usually begins on the cervical region of the root surface of the teeth. Many times, lesions are misdiagnosed and confused with caries and internal resorptions. As a result inappropriate treatment is often initiated. Early diagnosis and appropriate treatment are the keys to a successful outcome. The etiology of ECR is mainly caused by trauma, orthodontic treatment or idiopathic factor. This case presented with external cervical resorption class III (Heithersay) on tooth 43, idiopathic. Treatment was combined: surgical-periodontal treatment to expose the resorptive defect and the defect was filled up with resin-modified glass ionomer cement and nonsurgical root canal therapy of necrotic pulp. After 12 months of clinical and radiographic control was not observed recurrence of lesion reabsorptive. Finally, treatment of the resorptive defect was considered successful as evidenced by clinical and radiographic findings.

Key Words: Tooth resorption. External cervical resorption. Invasive cervical resorption.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Radiografia inicial mostrando o defeito de reabsorção, selado com cimento temporário, antes da intervenção cirúrgica ou endodôntica 11
- Figura 2 – Defeito de reabsorção exposto com a presença do tecido de granulação, no trans-cirúrgico 12
- Figura 3 – Defeito de reabsorção exposto, já realizada a curetagem do tecido de granulação e canal radicular obliterado com cone de guta-percha, no trans-cirúrgico 12
- Figura 4 – Radiografia final mostrando o defeito de reabsorção restaurado com ionômero de vidro e o tratamento endodôntico realizado 14

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA	7
2	RELATO DO CASO CLÍNICO	11
3	DISCUSSÃO	15
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
	REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Reabsorção radicular consiste na perda de tecido duro dentário (cimento e dentina) devido à ação de células clásticas (PATEL, PITT FORD, 2007). Pode ser fisiológica e desejável, quando associada à esfoliação de dentes decíduos permitindo a erupção dos dentes permanentes. Entretanto, as reabsorções radiculares em dentes permanentes são indesejáveis e podem levar a danos irreversíveis e até mesmo a perda dentária.

A reabsorção cervical externa (RCE), também chamada de reabsorção cervical invasiva, ocorre, frequentemente, abaixo do epitélio juncional na região cervical do dente afetado (HEITHERSAY, 1999; BERGMANS et al., 2002; PATEL, PITT FORD, 2007). Sua etiologia ainda é pouco conhecida, acredita-se que o cimento atue protegendo a dentina radicular contra reabsorções, de modo que, quando a camada de cimento é destruída ou interrompida a superfície radicular fica exposta a ação de células clásticas, responsáveis pela reabsorção radicular (GOLD, HASSELGREN, 1992; HAMMARSTRÖM, LINDSKOG, 1992). A anatomia da junção cimento-esmalte pode influenciar o aparecimento das RCE. Falhas na camada de cimento nessa região podem expor a dentina cervical tornando-a vulnerável a reabsorções (NEUVALD, CONSOLARO, 2000). Entretanto, outros fatores parecem induzir o aparecimento destas lesões como trauma dentário, tratamento ortodôntico, clareamento coronário (HEITHERSAY, 1999), além de fatores idiopáticos (GUNRAJ, 1999). Traumas dentários como luxação e avulsão podem levar ao aparecimento de RCE (HEITHERSAY, 1999; TROPE, 2002). Alguns destes traumas podem ser subestimados, pois muitas vezes os pacientes não recordam nenhum episódio desta natureza. Mesmo assim, os traumas dentários são os principais fatores predisponentes a RCE, representando cerca de 15% dos casos (HEITHERSAY, 1999). Forças excessivas durante tratamentos ortodônticos podem resultar em necrose tecidual adjacente a dentina radicular exposta. Este fato pode estimular células mononucleares a se diferenciarem em odontoclastos que, por sua vez, são atraídos à dentina exposta e passam a reabsorvê-la (HEITHERSAY, 1999). Outro fator responsável pelo aparecimento de RCE são clareamentos coronários. O pH da superfície radicular é reduzido à 6,5 quando a técnica de “walking bleach” é realizada (KEHOE, 1987). Este ambiente levemente ácido é responsável por

aumentar a atividade clástica, originando lesões reabsortivas (MCCORMICK, WEINE, MAGGIO, 1983). Além disso, quando defeitos de cimento na região cimento-esmalte estão presentes, pode ocorrer passagem de peróxido de hidrogênio da câmara coronária para a superfície externa da raiz via túbulos dentinários que poderia desnaturar dentina e causar uma resposta imune (CVEK, LINDVALL, 1985). Heithersay (1999) observaram que cerca de 15% dos pacientes com lesões de reabsorção cervical externa não apresentavam nenhum fator predisponente, atribuindo a essas lesões nenhuma causa aparente, sendo então consideradas lesões idiopáticas.

Histologicamente, as reabsorções cervicais externas aparecem como cavidades reabsortivas preenchidas por tecido de granulação. Osteoclastos podem ser observados na região contígua ao tecido duro ainda não reabsorvido (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010). O tecido pulpar apresenta características normais em função da camada de pré-dentina que o protege (BERGMANS et al., 2002). Esta camada parece conter um inibidor de reabsorção e um fator anti-invasão que dificulta a progressão da RCE em direção ao canal radicular, a menos que a lesão esteja em estágio bastante avançado (WEDENBERG, LINDSKOG, 1987).

Clinicamente, reabsorções cervicais externas são detectadas através de exames radiográficos de rotina, pois o paciente não relata sintomatologia (KIM, YANG, 2011). Lesões incipientes são diagnosticadas mais facilmente quando acometem as superfícies proximais. A lesão possui características radiográficas de radiolucidez assimétrica com margens irregulares. Normalmente, o contorno do canal está intacto, indicando que a lesão está associada a superfície externa radicular. Em casos mais avançados, a lesão tende a se expandir no interior da raiz em todas as direções (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010). Tomadas radiográficas variando a angulação horizontal são eficientes para verificar a continuidade do canal radicular e diferenciar reabsorções internas e externas. Ao variar o ângulo horizontal, nos casos de reabsorção interna, o defeito aparece centralizado no canal radicular; ao passo que, em casos de reabsorção externa, o defeito irá se “movimentar” de acordo com a posição do cilindro de raio-X. Se estiver por palatino ou lingual irá se deslocar acompanhando a posição do cilindro, se estiver por vestibular o deslocamento se dará em sentido contrário (PATEL, PITT FORD, 2007). Casos incipientes podem, ainda, ser diagnosticados através de tomografia computadorizada *cone beam*. Estas imagens tridimensionais permitem a

visualização de lesões incipientes localizadas no eixo vestibulo-lingual e de lesões sobrepostas a outras estruturas (D'ADDAZIO et al., 2011). Algumas vezes, pode estar associada a inflamação periodontal, em função da presença de uma bolsa periodontal (KIM, YANG, 2011). Em casos que a reabsorção atinge a coroa, a porção coronária cervical apresenta coloração rósea, em função da grande vascularização do tecido reabsortivo e da delgada camada de dentina e da translucidez do esmalte remanescente (HEITHERSAY, 1999). Clinicamente, estes casos podem ser confundidos com casos de reabsorção interna; assim, normalmente, o exame radiográfico elimina a dúvida. Da mesma forma, é importante atentar para o diagnóstico diferencial entre RCE e cáries cervicais. Estas apresentam aspecto amolecido quando sondadas, enquanto aquelas possuem tecido endurecido e resistente à sondagem (LIANG, BURKES, FREDERIKSEN, 2003; PATEL, PITT FORD, 2007). Ainda, dentes com reabsorção cervical externa normalmente respondem positivamente aos testes de sensibilidade pulpar (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010).

O tratamento de lesões de reabsorção cervical externa depende de sua severidade, localização, se atingiu o canal radicular, possibilidade de restaurar e manutenção do dente (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010). Heithersay (2004) divide as RCE em quatro tipos, de acordo com o grau de destruição dos tecidos duros: tipo I corresponde a lesão invasiva próximo a região cervical com pequena penetração na dentina; tipo II apresenta uma lesão bem definida próximo a câmara pulpar com pequena ou nenhuma extensão para a dentina radicular; tipo III consiste em um defeito envolvendo o terço coronário radicular e o tipo IV indica um defeito reabsortivo que se estende além do terço cervical da raiz. Normalmente, recomenda-se o tratamento de dentes com RCE até tipo III, pois em casos classificados como tipo IV o prognóstico é bastante desfavorável e a chance de insucesso é grande (HEITHERSAY, 2004). Frequentemente as lesões são tratadas através de retalho mucoperiostal de espessura total para permitir acesso à lesão, seguido de curetagem do tecido de granulação do periodonto adjacente a fim de eliminar o suprimento sanguíneo das células reabsortivas e diminuir as chances de recidiva (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010). A cavidade, então, é preenchida com resina composta ou ionômero de vidro e o retalho reposicionado. Os índices de sucesso em casos tipo III atingem cerca de 77,8% (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010).

O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico referente ao tratamento de uma lesão de reabsorção cervical externa através de acesso cirúrgico e restauração com cimento de ionômero de vidro modificado por resina e do acompanhamento clínico e radiográfico pelo período de 12 meses.

2 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente A. D. S. gênero masculino, saudável e com 56 anos de idade apresentou-se para consulta na Faculdade de Odontologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para realizar profilaxia. Durante o exame periodontal detectou-se no dente 43, por lingual, uma cavidade subgengival a qual foi selada com cimento temporário Coltosol (VIGODENT S.A., Bonsucesso, RJ, Brasil), (figura 1). O paciente relatou não ter tido histórico de trauma ou qualquer outra injúria a este dente, e também não fazer uso de prótese removível ou ter hábitos de ingestão frequente de açúcar.



Figura 1 – Radiografia inicial mostrando o defeito de reabsorção, selado com cimento temporário, antes da intervenção cirúrgica ou endodôntica.

Após realizar o exame clínico endodôntico, o dente 43 foi diagnosticado com necrose pulpar. O dente apresentava coloração normal, ausência de dor à percussão, 3 mm de profundidade de sondagem em todos os sítios e a radiografia mostrava radiolucidez na região cervical. Devido a extensão, profundidade e características da lesão cavitada foi estabelecido o diagnóstico de reabsorção cervical externa, de natureza idiopática. O paciente foi informado do diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico do caso, sendo então obtido o seu consentimento livre e esclarecido.

O primeiro procedimento realizado foi uma intervenção cirúrgica periodontal a fim de expor o defeito de reabsorção radicular e permitir acesso para o selamento da cavidade de reabsorção e posteriormente o tratamento do canal radicular. Então, um retalho de espessura total foi realizado com a intenção de acessar a área da reabsorção. A incisão iniciou 4 mm distal ao dente 43 e envolveu os dentes 43, 42 e 41, sendo linear sobre o rebordo edêntulo e intra-sulcular nas áreas edêntulas, tanto por vestibular quanto por lingual. A partir do rebatimento do retalho, foi realizada remoção do tecido de granulação que recobria o defeito e o tecido ósseo adjacente. Para permitir a delimitação nítida de todo bordo do defeito de reabsorção, foi realizada osteotomia de aproximadamente 1 mm nas regiões lingual e disto-lingual do dente 43 (figura 2). Com a visualização do defeito, foi constatada a comunicação com a cavidade pulpar. Após a localização do canal radicular, este foi obliterado o terço cervical com um cone de guta-percha de número 60, a fim de que, durante a restauração da cavidade, não extravasasse material restaurador para a luz do canal, facilitando o acesso quando da terapia endodôntica (figura 3).

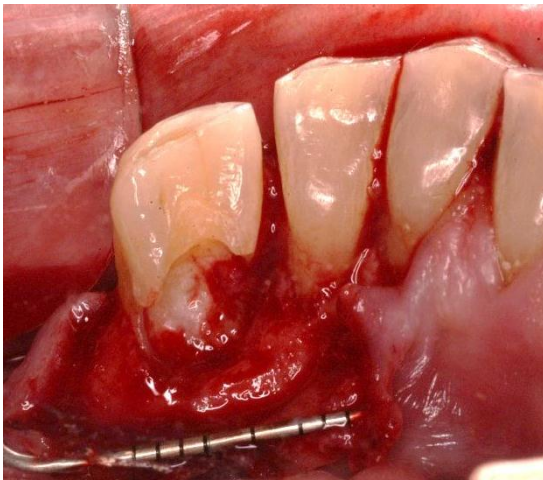


Figura 2 – Defeito de reabsorção exposto com a presença do tecido de granulação, no trans-cirúrgico.

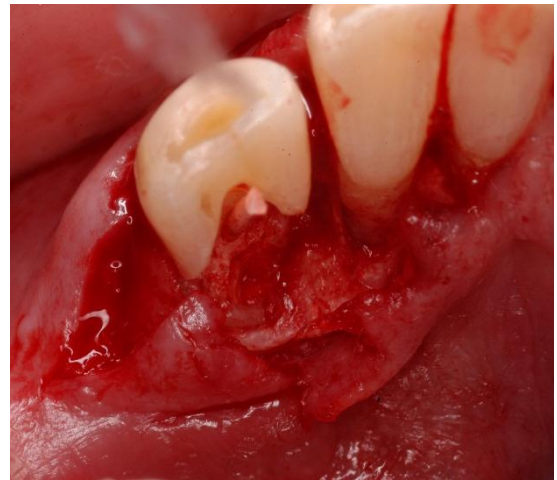


Figura 3 – Defeito de reabsorção exposto, já realizada a curetagem do tecido de granulação e canal radicular obliterado com cone de guta-percha, no trans-cirúrgico.

Em seguida, o defeito de reabsorção foi restaurado com cimento de ionômero de vidro fotopolimerizável (Vitremmer - 3M ESPE, St. Paul, Minnesota, EUA), e o acabamento foi realizado com lâmina de bisturi nº 12 (Solidor - Materiais Cirúrgicos, São Paulo, SP, Brasil) e pontas siliconadas (Enhance - Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil). O retalho foi reposicionado na sua localização original e a sutura foi realizada

com pontos isolados. As instruções pós-operatórias consistiram de administração de analgésico não-opioide por 48 horas (paracetamol 750 mg, a cada 6 horas), controle químico do biofilme supragengival por meio de solução de digluconato de clorexedina por 7 dias (0.12%, a cada 12 horas), orientação para alimentação fria ou gelada, líquida ou pastosa por 24 horas e ausência de esforço físico por 5 dias. A remoção da sutura foi realizada no prazo de 7 dias, quando houve indicação de manutenção de controle químico localizado no dente 43, coadjuvante ao controle mecânico da escovação, com gel de digluconato de clorexedina 1% por 21 dias.

Após 15 dias, foi iniciado o tratamento endodôntico. Foi realizado isolamento absoluto do campo operatório, abertura coronária com ponta diamantada 1014 (KG Sorensen, Cotia, SP, Brasil), localização do canal, remoção do cone de guta-percha, odontometria (comprimento de trabalho de 24 mm a partir da borda incisal), e limpeza e modelagem até instrumento apical final #35. O processo físico de irrigação foi realizado com seringa plástica (Ultradent Inc, South Jordan, UT, USA), agulha Endo easy tip (Ultradent Inc, South Jordan, UT, USA) mais hipoclorito de sódio a 2,5% e aspiração com pontas aspiradoras (Ultradent Inc, South Jordan, UT, USA) entre cada instrumento. O magma dentinário foi removido através da irrigação com EDTA 17% (Farmácia Calêndula, Porto Alegre, RS, Brasil) durante 3 minutos, seguido por irrigação final com 10 mL de hipoclorito de sódio 2,5%. A seguir, foi realizada a secagem do canal com cones de papel absorvente (Tanari, Manacapuru, AM, Brasil), medicação intracanal com uma pasta de hidróxido de cálcio (Calen PMCC - SS White, Rio de Janeiro, RJ, Brasil) e o dente selado com Coltosol.

A segunda consulta endodôntica ocorreu após 15 dias, o qual foi procedido o isolamento absoluto, remoção do selamento temporário e da medicação intracanal, realização da prova do cone principal #35 (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil), irrigação com 5 mL de EDTA 17%, durante 1 minuto, seguido por 10 mL de hipoclorito de sódio 2,5%. A obturação do canal radicular foi realizada pela técnica da condensação lateral com cones de guta-percha e o cimento empregado foi o AH Plus (Dentsply, Petrópolis, RJ, Brasil). O selamento coronário foi feito com lâmina de guta-percha em bastão branca e cimento de ionômero de vidro (Vidrion R - SS White, Rio de Janeiro, RJ, Brasil). Uma radiografia final foi realizada (figura 4), bem como o controle clínico e radiográfico aos 3, 6 e 12 meses. Durante esse período o dente se manteve assintomático, sem sinais clínicos e radiográficos de recidiva do processo reabsortivo.

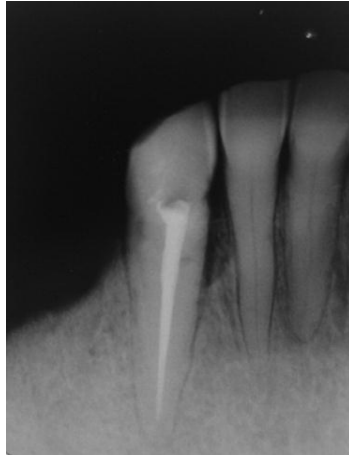


Figura 4 – Radiografia final mostrando o defeito de reabsorção restaurado com ionômero de vidro e o tratamento endodôntico realizado.

3 DISCUSSÃO

Na maioria dos casos, reabsorções cervicais são detectadas durante o exame radiográfico de rotina. Radiografias obtidas em diferentes angulações horizontais podem ser úteis para determinar qual a superfície é afetada pela reabsorção radicular externa, mas estas não fornecem uma representação tridimensional do real defeito reabsortivo (BERGMANS et al., 2002). Sua localização interfere na visualização radiográfica, uma vez que lesões nas superfícies vestibular ou lingual são mais difíceis de serem detectadas ou, muitas vezes, são confundidas com lesões de reabsorção interna. Por outro lado, as lesões localizadas nas áreas interproximais são facilmente detectáveis (GOLDBERG, DE SILVIO, DREYER, 1998).

Após anamnese, exame clínico e radiográfico o caso descrito foi diagnosticado como reabsorção cervical externa grau III de Heithersay (2004) associado a necrose pulpar. O diagnóstico diferencial de cárie radicular pode ser feito através da sondagem clínica que detectou um fundo de cavidade endurecido e comunicação com a cavidade pulpar. As boas condições de saúde bucal do paciente, associada a uma dieta com pequena frequência de ingestão de açúcar, além da ausência de prótese parcial removível capaz de uma injúria mecânica do grampo sobre a região cervical do dente, contribuíram para a efetivação do diagnóstico atribuído.

A opção terapêutica para este caso foi a combinação dos tratamentos cirúrgico, restaurador e endodôntico.

O tratamento endodôntico é, muitas vezes, necessário em estágios avançados de reabsorção em que há comunicação com a câmara pulpar ou o canal radicular. Nestes casos, o tratamento endodôntico é fundamental, não só por causa da extensão RCE, mas também em função da contaminação bacteriana intracanal via reabsorção (ESTEVEZ et al., 2010).

O tratamento deste caso envolveu acesso cirúrgico para remoção do tecido de granulação seguido pela restauração do defeito radicular. No mesmo tempo cirúrgico, foi procedida a abertura coronária, localização da entrada do canal radicular e obliteração do conduto através de um cone de guta-percha. Em seguida, o reparo cirúrgico do defeito com o cimento de ionômero de vidro pode ser realizado

com mínima possibilidade de obstruir o canal radicular (HEITHERSAY, 2004; PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010). O tratamento endodôntico pode ser concluído sem risco de extravasamento de solução irrigadora, cimento ou cones de guta percha através da cavidade de RCE no periodonto adjacente.

O tratamento deve ser direcionado para a remoção do tecido de granulação dentro do defeito radicular para posterior restauração. Vários materiais têm sido usados para restaurar cavidades deste tipo como o agregado trióxido mineral, amálgama de prata e resina composta (FRANK, TORABINEJAD, 1998). Neste caso, após a remoção do tecido de granulação, foi utilizado cimento de ionômero de vidro modificado por resina por ser bem tolerado pelos tecidos periodontais, apresentar baixa toxicidade, adesão à estrutura dentária e estética adequada (AL-SABEK, SHOSTAD, KIRKWOOD, 2005). Este material quando em contato com os tecidos periodontais induz à cicatrização através da interposição de tecido conjuntivo (GOMES, 2005).

As condições para restauração subgingival da área de reabsorção foram oportunizadas pela elevação de um retalho mucoperiosteal e osteotomia mínima, que permitisse acesso para a restauração da cavidade. Esta restauração foi realizada sem a recomposição do espaço biológico do periodonto, uma vez que estudos clínicos com uso de cimentos de ionômero de vidro para restaurações subgingivais em casos de reabsorções e perfurações radiculares tem mostrado desempenho clínico muito satisfatório (DRAGOO, 1997; HOMMEZ, BROWAEYS, DE MOOR, 2006; KIM, YANG, 2011).

A literatura mostra que restaurações subgingivais sempre estiveram associadas a inflamação subgingival (VALDERHAUG, HELOE, 1977; VALDERHAUG, 1980; EID, 1987), o que tradicionalmente era devido ao tipo de material utilizado e as características como rugosidade, contorno e adaptação marginal das restaurações. Sabe-se, no entanto, que bactérias têm um papel central no desenvolvimento da inflamação subgingival que ocorre adjacente às restaurações (WAERHAUG, 1956). Pode-se inclusive dizer que a localização da margem da restauração tem papel secundário na inflamação periodontal se a zona de transição dente-restauração está com características adequadas (JANSSON, 1997). De outra forma, estudos na área de implantes mostram saúde e estabilidade da mucosa perimplantar em casos onde a conexão implante-pilar localiza-se abaixo do nível ósseo (GIANNOPOULOU, 2003; WALTON, 2011), portanto com espaço

biológico evidentemente violado. Fundamental reparar que esta observação de saúde perimplantar vem acompanhada da realização de higiene bucal sistemática e minuciosa pelo paciente, além das características singulares da conexão implante-pilar, que apresenta distorções marginais mínimas e superfícies muito lisas. Em casos de restaurações e próteses sobre dentes, cabe considerar que quanto mais subgingival está localizada a margem da cavidade a ser restaurada, maior a dificuldade de obter-se uma zona de transição dente-restauração biocompatível, com características de adaptação, contorno e lisura superficial adequados. No presente caso, a elevação de um retalho mucoperiosteal e a realização de osteotomia durante a cirurgia foram realizados para dar condições técnicas de restaurar adequadamente a área da reabsorção.

Técnicas restauradoras pobres e escolhas equivocadas de materiais restauradores facilitam o acúmulo de placa nas margens de restaurações. Neste caso optou-se pelo uso de cimento de ionômero de vidro para restaurar a área da reabsorção pois tanto a resposta inflamatória do periodonto é menos pronunciada com o uso deste material (GOMES, 2005) como os fibroblastos gengivais mostram melhor biocompatibilidade na presença de cimento de ionômero de vidro ao invés de outros materiais, como o amálgama, por exemplo (AL SABEK, SHOSTAD, KIRKWOOD, 2005).

Casos como este apresentam índices de sucesso em torno de 78% (PATEL, KANAGASINGAM, PITT FORD, 2010). Diante disso, fica evidente a necessidade de informar o paciente sobre possíveis complicações do tratamento proposto, como aumento do risco de fratura radicular devido a fragilização do elemento dentário. Neste caso, o paciente optou por a manutenção do dente e aceitou o plano de tratamento proposto.

O acompanhamento clínico e radiográfico dos casos de RCE é fundamental para avaliar o sucesso da terapia proposta. Doze meses após o tratamento, o dente apresentava características de normalidade, assintomático, ausência de bolsas periodontais, gengiva saudável com cor e textura normais e ausência de mobilidade ou sangramento à sondagem.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce é fundamental para o sucesso clínico e radiográfico de lesões reabsortivas. O relativo baixo risco de desenvolvimento de RCE não justifica exames radiográficos adicionais, no entanto, toda investigação radiográfica realizada para exame geral deve ser rotineiramente verificada para lesões reabsortivas, especialmente se os dentes em questão foram expostos a um ou mais dos fatores predisponentes.

No presente caso, após tratamento cirúrgico e restauração da cavidade com cimento de ionômero de vidro e realização do tratamento endodôntico houve paralisação da RCE e cicatrização dos tecidos periodontais após um período de 12 meses.

REFERÊNCIAS

- AL-SABEK, F.; SHOSTAD, S.; KIRKWOOD, K. Preferential attachment of human gingival fibroblast to the resin ionomer Geristore. **J. Endod.**, Chicago, v. 31, nº 3, p. 205-8, Mar. 2005.
- BERGMANS, L. et al. Cervical external root resorption in vital teeth: X-ray microfocus—tomographical and histopathological study. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 29, nº 6, p. 580-5, June. 2002.
- CVEK, M.; LINDVALL, A.M. External root resorption following bleaching of pulpless teeth with oxygen peroxide. **Endod. Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 1, nº 2, p. 56-60, Apr. 1985.
- D'ADDAZIO, P.S.S. et al. A comparative study between cone-beam computed tomography and periapical radiographs in the diagnosis of simulated endodontic complications. **Int. Endod. J.**, Oxford, v. 44, nº 3, p. 218-24, Mar. 2011.
- DRAGOO, M.R. Resin-ionomer and hybrid-ionomer cements: part II, human clinical and histologic wound healing responses in specific periodontal lesions. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, Chicago, v. 17, nº 1, p. 75-87, Feb. 1997.
- EID, M. Relationship between overhanging amalgam restorations and periodontal disease. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 18, nº 11, p. 775-81, Nov. 1987.
- ESTEVEZ, R. et al. Invasive Cervical Resorption Class III in a Maxillary Central Incisor: Diagnosis and Follow-up by Means of Cone-Beam Computed Tomography. **J. Endod.**, Chicago, v. 36, nº 12, p. 2012-2015, Dec. 2010.
- FRANK, A.L.; TORABINEJAD, M. Diagnosis and treatment of external invasive resorption. **J. Endod.**, Chicago, v. 24, nº 7, p. 500-4, Jul. 1998.
- GIANNOPOULOU, C. et al. Effect of intracrevicular restoration margins on peri-implant health: clinical, biochemical, and microbiologic findings around esthetic implants up to 9 years. **Int. J. Oral Maxillofac. Implants.**, Lombard, v. 18, nº 2, p. 173-81, Mar-Apr. 2003.
- GOLD, S.I.; HASSELGREN, G. Peripheral inflammatory root resorption: a review of the literature with case reports. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 19, nº 8, p. 523-34, Sep. 1992.
- GOLDBERG, F.; DE SILVIO, A.; DREYER, C. Radiographic assessment of simulated external root resorption cavities in maxillary incisors. **Endod. Dent. Traumatol.**, Copenhagen, v. 14, nº 3, p. 133-6, Jun. 1998.
- GOMES, S.C. et al. Clinical and histological evaluation of the periodontal response to restorative procedures in the dog. **Int. J. Periodontics Restorative Dent.**, Chicago, v. 25, nº 1, p. 39-47, Feb. 2005.

GUNRAJ, M.N. Dental root resorption. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 88, n° 6, p. 647-53, Dec. 1999.

HAMMARSTRÖM, L.; LINDSKOG, S. Factors regulating and modifying dental root resorption. **Proc. Finn. Dent. Soc.**, Helsinki, v. 88, suppl. 1, p. 115-23. 1992.

HEITHERSAY, G.S. Clinical, radiologic and histopathologic features of invasive cervical resorption. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 30, n° 1, p. 27-37, Jan. 1999.

HEITHERSAY, G.S. Invasive cervical resorption: an analysis of potential predisposing factors. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 30, n° 2, p. 83-95, Feb. 1999.

HEITHERSAY, G.S. Invasive cervical resorption. **Endod. Topics.**, v. 7, p. 73-92, 2004.

HOMMEZ, G.M.; BROWAEYS, H.A.; DE MOOR, R.J. Surgical root restoration after external inflammatory root resorption: A case report. **J. Endod.**, Chicago, v. 32, n° 8, p. 798-801, Aug. 2006.

JANSSON, L. et al. Interactory effect between marginal plaque and subgingival proximal restorations on periodontal pocket depth. **Swed. Dent. J.**, Jönköping, v. 21, n° 3, p. 77-83, 1997.

KEHOE, J.C. pH reversal following in vitro bleaching of pulpless teeth. **J. Endod.**, Chicago, v. 13. N° 1, p. 6-9, Jan. 1987.

KIM, S.Y.; YANG, S.E. Surgical repair of external inflammatory root resorption with resin-modified glass ionomer cement. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Radiol. Endod.**, St. Louis, v. 111, n° 4, p. e33-36, Apr. 2011.

LIANG, H.; BURKES, E.J.; FREDERIKSEN, N.L. Multiple idiopathic cervical root resorption: systematic review and report of four cases. **Dent. Radiol.**, Manchester, v. 32, n° 3, p. 150-5, May. 2003.

MCCORMICK, J.E.; WEINE, F.S.; MAGGIO, J.D. Tissue pH of developing periapical lesions in dogs. **J. Endod.**, Chicago, v. 9, n° 2, p. 47-51, Feb. 1983.

NEUVALD, L.; CONSOLARO, A. Cementoenamel junction: microscopic analysis and external cervical resorption. **J. Endod.**, Chicago, v. 26, n° 9, p. 503-8, Sep. 2000.

PATEL, S.; PITT FORD, T. Is the resorption external or internal? **Dent Update**, London, v. 34, n° 4, p. 218-29, May. 2007.

PATEL, S.; KANAGASINGAM, S.; PITT FORD, T. External Cervical Resorption: A Review. **J. Endod.**, Chicago, v. 35, n° 5, p. 616-625, May. 2009.

TROPE, M. Root resorption due to dental trauma. **Endod. Topics**, v. 1, n° 1, p. 79-100, Mar. 2002.

VALDERHAUG, J.; HELOE, L.A. Oral hygiene in a group of supervised patients with fixed prostheses. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 48, n° 4, p. 221-4, Apr. 1977.

VALDERHAUG, J. Periodontal conditions and carious lesions following the insertion of fixed prostheses: a 10-year follow-up study. **Int. Dent. J.**, London, v. 30, n° 4, p. 296-304, Dec. 1980.

WAERHAUG, J. Effect of rough surfaces upon gingival tissue. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 35, n° 2, p. 323-5, Apr. 1956.

WALTON, T. On Inconvenient Truths. **Int. J. Prosthodont.**, Lombard, v. 24, n° 3, p. 244-6, May-Jun. 2011.

WEDENBERG, C.; LINDSKOG, S. Evidence for a resorption inhibitor in dentin. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v. 95, n° 3, p. 205-11, Jun. 1987.