



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

MARIANE DE ALCÂNTARA RESENDE PIMENTA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE REABSORÇÃO CERVICAL INVASIVA NO
DENTE 33: RELATO DE CASO CLÍNICO**

LAVRAS - MG

2025



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

MARIANE DE ALCÂNTARA RESENDE PIMENTA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE REABSORÇÃO CERVICAL INVASIVA NO
DENTE 33: RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro Universitário de
Lavras, como parte das exigências do
curso de Pós-graduação em Endodontia.

PROFESSOR ORIENTADOR

Prof. Dr. Jáder Camilo Pinto

LAVRAS – MG

2025

Ficha Catalográfica preparada pela Seção de Processamento
Técnico da Biblioteca Central do Unilavras

617.6342 Pimenta, Mariana de Alcântara Resende.
P198a Abordagem terapêutica de reabsorção cervical
invasiva no dente 33: relato de caso clínico; orientação
de Jáder Camilo Pinto. – Lavras: Unilavras, 2026.
33 f.

Monografia apresentada ao Unilavras como parte das
exigências do Curso de Especialização em Endodontia.

1. Reabsorção cervical invasiva. 2. RCI. 3. TCFC. 4.
Endontia. 5. Tomografia computadorizada de feixe cônico.
I. Pinto, Jáder Camilo (Orient.). II. Título.

CDD



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

MARIANE DE ALCÂNTARA RESENDE PIMENTA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ABORDAGEM TERAPÊUTICA DE REABSORÇÃO CERVICAL INVASIVA NO DENTE 33:
RELATO DE CASO CLÍNICO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Centro Universitário de
Lavras, como parte das exigências do
curso de Pós-graduação em Endodontia.
Orientador: Prof. Dr. Jáder Camilo Pinto

Aprovado em ____/____/____

MEMBROS DA BANCA:

Prof Dr. Marccone Reis Luiz - Centro Universitário de Lavras

Prof. Dr. Jáder Camilo Pinto – Centro Universitário de Lavras

Professor (a) Convidado (a)

**LAVRAS – MG
2025**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA
AGRADECIMENTOS**

Meu agradecimento principal será para Aquele que sustentou e guardou minha vida durante esses 2 anos de lutas, superações e vitórias, a Deus! Sem Ele, eu não seria nada.

Ao meu Pai, que não está mais entre nós, mas que sempre permanecerá comigo.

A minha mãe e aos meus irmãos pela força, incentivo e pelo amor incomparável que temos. Sem eles, eu não estaria aqui concluindo este sonho.

Não poderia deixar de agradecer também ao meu amor, João Vitor, que estará no céu se alegrando comigo por essa vitória! Meu grande incentivador e apoiador dos meus sonhos. (Te amarei para sempre)

Aos meus amigos de curso tão incríveis e em especial às minhas companheiras de carona Karolaine e Lorena, por todo apoio e por todas as experiências que pudemos viver juntas nesses anos e a minha “sombra” Luana, amiga que se tornou uma irmã e que me ajudou tanto durante essa fase. Sou imensamente grata por tê-los conhecido.

Agradeço também ao Prof^ª. Dr^ª. Jäder Camilo Pinto, por toda paciência, ensinamentos em nós depositados e aos também professores, Prof. Dr. Marcone Reis Luis, Prof. Dr. Luís Otávio de Oliveira e ao nosso futuro mestre Otávio Alvarenga Vilela, pelo auxílio, ensinamentos, puxões de orelha, suporte e carinho.

Mariane de Alcântara Resende Pimenta



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

RESUMO

A reabsorção cervical invasiva (RCI) é uma condição patológica de origem externa, caracterizada pela perda progressiva dos tecidos dentários mineralizados localizados na região cervical dos dentes. Elas são frequentemente associadas ao difícil diagnóstico e por serem potencialmente destrutivas. O presente trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de reabsorção cervical invasiva no elemento 33, bem como descrever a abordagem terapêutica adotada. Paciente do sexo feminino, 60 anos, apresentou queixa de sensibilidade ao toque e sensibilidade térmica na região mandibular esquerda. Ao exame clínico e por meio de tomografia computadorizada de feixe cônico, identificou-se extensa lesão reabsortiva cervical, com proximidade e possível comunicação com o sistema de canais radiculares. Com base nos achados clínicos e tomográficos e fundamentado na literatura científica, optou-se pelo tratamento endodôntico, associado à curetagem da lesão e restauração da área reabsortiva com cimento de ionômero de vidro modificado por resina. No acompanhamento clínico e radiográfico inicial, observou-se ausência de sintomatologia, redução da profundidade de sondagem e adequada adaptação do material restaurador, indicando resultado favorável ao caso. Conclui-se que o diagnóstico preciso e o planejamento terapêutico individualizado são determinantes para o sucesso no manejo da reabsorção cervical invasiva, possibilitando a preservação do elemento dentário.

Palavras-chave: Reabsorção cervical invasiva. RCI. TCFC. Endodontia. Tomografia computadorizada de feixe cônico. Relato de caso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Aspecto clínico da reabsorção cervical invasiva na face vestibular do dente 33.....	15
Figura 2 – Tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) em cortes transaxiais evidenciando reabsorção cervical invasiva no dente 33.....	16
Figura 3 – Cortes tomográficos sequenciais (TCFC) demonstrando a extensão da reabsorção cervical invasiva ao longo da raiz do dente 33.....	17
Figura 4 – Mesa clínica.....	19
Figura 5 – Mesa clínica auxiliar.....	19
Figura 6 – Cone de Guta Percha posicionado no canal radicular com cirurgia simultânea.....	20
Figura 7 – Ionômero de vidro modificado por resina sendo inserido na cavidade.....	20
Figura 8 – Rx periapical final.....	21
Figura 9 – Foto para preservação com 1 mês de cirurgia.....	22



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	
110	
2.1 Objetivo Geral	
110	
2.1.2 Objetivos específicos	
1110	
3 REVISÃO DE LITERATURA	
121	
4 RELATO DE CASO	
165	
5 DISCUSSÃO	
253	
4 CONCLUSÃO.....	264
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
....275	

1 INTRODUÇÃO

A reabsorção dentária é definida como um processo patológico caracterizado pela perda progressiva de tecidos mineralizados do dente, resultante da ação de células clásticas sobre dentina e cimento. Pode ser classificada em reabsorção interna ou externa, sendo esta última subdividida em diferentes tipos, de acordo com sua localização e mecanismo de ação, entre eles a reabsorção cervical invasiva (TRONSTAD, 2014).

A reabsorção cervical invasiva (RCI) é classificada como um tipo de reabsorção patológica externa que acomete a região cervical da raiz dentária, caracterizando-se pela formação de “janelas” ou “fendas” localizadas na junção cimento-esmalte, abaixo do epitélio juncional. Essa condição pode estar associada a defeitos na formação do esmalte dentário, bem como a alterações no ligamento periodontal e/ou no cimento radicular. [\(HEITHERSAY, G. S. 1999\)](#)

A RCI caracteriza-se pela substituição da estrutura dental mineralizada por tecido de granulação altamente vascularizado ou por tecido fibroso semelhante ao osso. Em geral, a polpa do dente afetado permanece vital, em razão da presença de uma camada protetora de pré-dentina não mineralizada, a qual atua como uma barreira protetora contra a atividade clástica, retardando ou impedindo a comunicação direta da lesão com o sistema de canais radiculares. Embora a maioria dos casos de RCI ocorra em dentes anteriores superiores, essa condição pode acometer qualquer dente permanente (ADAILÂNE et al., 2022; HEITHERSAY, 1999; TRONSTAD, 2014).



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

Apesar de ser considerada uma patologia rara, com prevalência variando entre 0,02% e 2,3%, a reabsorção cervical invasiva apresenta grande relevância clínica, uma vez que seu caráter invasivo e frequentemente assintomático pode levar à perda dentária quando não diagnosticada e tratada precocemente (ROTONDI et al., 2016).

Embora a etiologia da RCI ainda não esteja completamente elucidada, diversos fatores predisponentes têm sido associados ao seu desenvolvimento, como tratamentos ortodônticos, traumatismos dentários e clareamento interno. Dentre

esses fatores, o traumatismo dentário é o mais frequentemente relatado, muitas vezes na forma de concussão, que, na maioria dos casos, não é mencionado pelo paciente durante a anamnese (ADAILÂNE et al., 2022).

O diagnóstico da RCI é considerado desafiador, principalmente devido à dificuldade de visualização da porta de entrada da lesão em radiografias convencionais periapicais. Nessas imagens bidimensionais, a RCI pode se apresentar como uma área radiolúcida irregular que se projeta além do canal radicular, podendo haver alteração do osso circundante. Entretanto, a análise diagnóstica baseada exclusivamente em radiografias convencionais é limitada, tornando necessária a utilização da tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) para um diagnóstico mais preciso e adequado planejamento terapêutico. [\(PATEL, S.; DAWOOD, A.; FORD, T. P.; WHAITES, E.\)](#)

A RCI foi inicialmente classificada por Heithersay, em 1999, com base no grau de destruição dentinária observado em radiografias periapicais, considerando a extensão da lesão e sua proximidade com o canal radicular (HEITHERSAY, 1999). [Heithersay, divide a reabsorção cervical invasiva em quatro classes, de acordo com a extensão e profundidade da lesão:](#)

- [Classe 1: Lesão pequena e superficial, localizada na região cervical, com mínima penetração na dentina radicular.](#)
- [Classe 2: Lesão bem definida, mais profunda que a Classe 1, com maior envolvimento dentinário, porém com extensão limitada à região cervical.](#)

Formatado: Fonte: (Padrão) Arial



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

- Classe 3: Lesão extensa, que se estende apicalmente ao longo da raiz, envolvendo grande área de dentina, sem atingir diretamente o canal radicular.
- Classe 4: Lesão ampla e profunda, com envolvimento extenso da raiz, frequentemente atingindo o canal radicular, sendo geralmente de prognóstico desfavorável. (Heithersay, G. S., 1999)

Posteriormente, Patel et al. (2018) propuseram uma nova classificação tridimensional, baseada na avaliação da altura da lesão (1–4), sua extensão circunferencial (A–D) e a proximidade em relação ao canal radicular.

Considerando a relevância clínica da reabsorção cervical invasiva e a importância do diagnóstico correto para o sucesso do tratamento, o presente trabalho objetiva apresentar um relato de caso clínico, bem como a abordagem terapêutica de uma reabsorção cervical invasiva no dente 33 de uma paciente atendida na clínica de especialização em Endodontia do Centro Universitário de Lavras.

2 OBJETIVOS

2.1 – OBJETIVO GERAL

Apresentar a conduta clínica adotada no tratamento de um caso de reabsorção cervical invasiva (RCI) no dente 33, enfatizando a importância do diagnóstico por tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) e a escolha do plano terapêutico baseado na classificação e extensão da lesão.

2.1 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Discutir os critérios utilizados para definição da abordagem terapêutica diante de uma RCI classe 3 (Heithersay) e 1Ad (Patel) no dente 33.

Descrever passo a passo o planejamento e a execução do tratamento, levando em conta a preservação da estrutura dentária e o controle da progressão da reabsorção.

Apresentar os desafios clínicos envolvidos no manejo de reabsorções cervicais com comprometimento radicular, sem envolvimento pulpar direto.

Relacionar a conduta adotada com a literatura atual sobre o tratamento de RCIs invasivas, destacando alternativas restauradoras, cirúrgicas e/ou endodônticas.

Avaliar a importância do acompanhamento clínico-radiográfico após a intervenção para controle de recidivas e manutenção do dente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 REABSORÇÃO CERVICAL INVASIVA

A reabsorção dentária é definida como um processo patológico caracterizado pela perda progressiva dos tecidos mineralizados do dente, decorrente da ação de células clásticas sobre a dentina e o cimento (TRONSTAD, 2014). Em relação à sua origem, pode ser classificada em reabsorção interna ou externa. A reabsorção cervical invasiva (RCI) é considerada uma forma específica de reabsorção externa, localizada na região cervical da raiz dentária, geralmente abaixo do epitélio juncional, na junção cimento-esmalte (HEITHERSAY, 1999).

A RCI foi descrita por Heithersay (1999), como um processo reabsortivo agressivo, de caráter invasivo, frequentemente assintomático e de difícil diagnóstico nos estágios iniciais. Em 1998, Patel et.al propôs uma classificação que considera três parâmetros principais:

1. Extensão vertical da lesão, podendo ser supracrestal, crestal ou subcrestal;
2. Profundidade da reabsorção, variando de superficial a profunda, com possível proximidade ou comunicação com o canal radicular;
3. Extensão circunferencial, avaliando o comprometimento da circunferência dentária.

Devido ao avanço das tecnologias e dos métodos de diagnóstico por imagem, Patel et.al propuseram uma outra classificação em 1999, com base tridimensional utilizando a tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC), considerando a altura da lesão, sua extensão circunferencial e sua relação com o canal radicular, permitindo uma avaliação mais precisa da complexidade da RCI e auxiliando no plano de tratamento. Essa nova graduação divide a RCI em quatro classes:

- Classe 1: lesão pequena e superficial, com mínima penetração na dentina.
- Classe 2: lesão bem definida, com maior extensão dentinária, aproximando-se da câmara pulpar, porém sem envolvimento pulpar significativo.

- Classe 3: lesão extensa, envolvendo grande parte da dentina coronária e radicular, podendo alcançar o terço médio da raiz.
- Classe 4: lesão ampla e severa, estendendo-se além do terço médio radicular, geralmente associada a prognóstico desfavorável.

O diagnóstico desse tipo de reabsorção, é um desafio clínico, principalmente se for baseado apenas em radiografias periapicais convencionais. Nas imagens bidimensionais, a RCI pode se apresentar como uma área radiolúcida irregular, com limites mal definidos, frequentemente projetando-se além do canal radicular (HEITHERSAY, 1999).

A tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) é atualmente considerada o método mais indicado para o diagnóstico da reabsorção cervical invasiva, porque permite a visualização tridimensional da lesão, a identificação da porta de entrada e a avaliação precisa da extensão e da relação da lesão com o canal radicular e estruturas adjacentes (PATEL et al., 2018).

A etiologia da reabsorção cervical invasiva ainda não está completamente compreendida. Porém, diversos fatores predisponentes têm sido associados ao seu desenvolvimento, incluindo traumatismos dentários, tratamento ortodôntico, procedimentos cirúrgicos periodontais, clareamento dental interno e externo, além de restaurações cervicais profundas (HEITHERSAY, 1999; TRONSTAD, 2014).

Entre esses fatores, o traumatismo dentário é considerado o mais frequentemente relacionado à RCI, especialmente nos casos de concussão (impacto dentário sem deslocamento) e subluxação (trauma com aumento da mobilidade dentária, sem deslocamento). Esses eventos podem provocar danos ao ligamento periodontal e ao cimento radicular, favorecendo a exposição da dentina à atividade clástica, mesmo quando não são relatados pelo paciente durante a anamnese (ADAILÂNE et al., 2022).

Sob o aspecto histopatológico, a reabsorção cervical invasiva é marcada pela substituição gradual da dentina e do cimento por tecido de granulação vascularizado

ou por tecido fibroso com semelhança ao tecido ósseo. Esse tecido reabsortivo apresenta elevada atividade clástica, sendo responsável pela destruição progressiva das estruturas dentárias (HEITHERSAY, 1999).

Um ponto importante na RCI é a preservação da vitalidade pulpar, sobretudo nas fases iniciais do processo reabsortivo. Isso ocorre em função da presença de uma camada de pré-dentina não mineralizada, a qual exerce papel de barreira protetora entre a lesão reabsortiva e o sistema de canais radiculares, retardando ou mesmo impedindo a invasão direta da polpa (TRONSTAD, 2014).

De acordo com os aspectos clínicos, a RCI pode se manifestar de forma assintomática, sendo comumente encontradas durante exames de rotina. Elas podem apresentar alterações de cor da coroa dentária, geralmente com aspecto rosado ou acastanhado, além de sensibilidade dentária ou desconforto inespecífico (HEITHERSAY, 1999).

Na sondagem periodontal, a presença de uma bolsa localizada e profunda na região cervical do dente afetado é comum de ser encontrada, estendendo-se em direção à superfície radicular com ausência de sinais clínicos de doença periodontal difusa. Esse achado clínico auxilia no diagnóstico diferencial entre RCI e outras lesões cervicais, como por exemplo, a cárie radicular (PATEL et al., 2018).

A abordagem terapêutica das (RCI) dependem: da extensão da lesão, da localização, do grau de envolvimento do canal radicular, da quantidade de estrutura dentária remanescente e do estado pulpar. O objetivo principal do tratamento consiste em interromper a atividade reabsortiva, remover completamente o tecido patológico e restabelecer a integridade estrutural e funcional do dente (HEITHERSAY, 1999; TRONSTAD, 2014).

Diversos materiais restauradores e bioativos têm sido indicados para o tratamento da RCI, devendo apresentar propriedades como biocompatibilidade, vedamento adequado, resistência à umidade e capacidade de adaptação às superfícies irregulares da lesão. Dentre eles, iremos citar os mais utilizados:

1. Agregado Trióxido Mineral (MTA)

O agregado trióxido mineral (MTA) é um material bioativo amplamente utilizado no tratamento da RCI devido à sua excelente biocompatibilidade, capacidade de vedamento marginal e estímulo à deposição de tecido mineralizado.

Além disso, o MTA apresenta alta alcalinidade, favorecendo a inibição da atividade clástica. É especialmente indicado em lesões profundas, próximas à câmara pulpar ou com comunicação com o canal radicular, sendo uma opção eficaz em dentes anteriores inferiores, como o dente 33 (TORABINEJAD et al., 1995).

2. Cimento de ionômero de vidro

O cimento de ionômero de vidro (CIV) é frequentemente utilizado em lesões cervicais devido à sua adesão química à dentina, liberação de flúor e boa adaptação marginal. Pode ser empregado como material restaurador definitivo ou como base associada à resina composta.

No entanto, apresenta menor resistência mecânica quando comparado a outros materiais, sendo mais indicado para lesões superficiais ou como material complementar (TYAS, 2006).

3. Resina composta

A resina composta é amplamente utilizada para restaurações cervicais, principalmente em áreas estéticas. Apresenta boa resistência mecânica e excelentes resultados estéticos, sendo frequentemente associada a procedimentos cirúrgicos periodontais para acesso à lesão.

Em casos de RCI, a resina composta é indicada após a completa remoção do tecido reabsortivo e adequado controle de umidade, podendo ser utilizada em associação com MTA ou Biodentine em lesões mais profundas. (HEITHERSAY, 1999)

Segundo Heithersay (1999), o tratamento ideal para a classificação da RCI que será apresentada neste trabalho, envolve a remoção do tecido reabsortivo com brocas

multilaminadas, geralmente por meio de acesso cirúrgico, seguida do selamento adequado da área afetada, utilizando materiais restauradores biocompatíveis, como por exemplo o Ionômero de vidro modificado por Resina.

Em lesões iniciais e sem envolvimento pulpar, pode-se optar por uma abordagem conservadora, preservando a vitalidade pulpar. Entretanto, nos casos em que a lesão apresenta proximidade significativa ou comunicação com o sistema de canais radiculares, o tratamento endodôntico torna-se indicado, seja de forma prévia ou associada ao tratamento cirúrgico-restaurador. Nesses casos, a terapia endodôntica visa eliminar a infecção intracanal e permitir um selamento eficaz da área reabsortiva, contribuindo para o controle do processo patológico (TRONSTAD, 2014).

Patel et al. (2018) indicam que lesões que apresentam maiores extensões e grande comprometimento de sua estrutura ou também uma localização desfavorável, apresentam um prognóstico incerto, podendo, em alguns casos, ser indicado a exodontia como alternativa de tratamento. Portanto, o diagnóstico em fase inicial, é imprescindível para o sucesso do tratamento e para a preservação do elemento dentário.

Dessa forma, a revisão da literatura fundamenta a importância da abordagem adotada no presente relato de caso, no qual o planejamento terapêutico foi baseado na correlação entre os achados clínicos e tomográficos, visando à manutenção do dente 33 em função.

Comentado [JC1]: Aqui poderia descrever melhor o tratamento, os materiais indicados, etc...

4 RELATO DE CASO CLÍNICO

Paciente M.B.P.M, 60 anos, sexo feminino, compareceu à clínica de Especialização em Endodontia do Centro Universitário de Lavras (UNILAVRAS) apresentando como queixa principal sensibilidade à ingestão de líquidos quentes e frios na região inferior esquerda, referente ao dente canino mandibular (elemento 33). Segundo relato da paciente, o dente apresentava episódios frequentes de desconforto doloroso.

Ao exame clínico intraoral, observou-se alteração de cor da coroa do elemento 33 em relação aos dentes adjacentes, bem como a presença de uma reabsorção cervical na face vestibular, com aspecto circular. À sondagem periodontal, constatou-se uma bolsa localizada com profundidade de 3,5 mm na região cervical do dente 33, estendendo-se em direção à superfície radicular, compatível clinicamente com reabsorção cervical invasiva (Figura 1). O teste de sensibilidade pulpar ao frio apresentou resposta negativa.

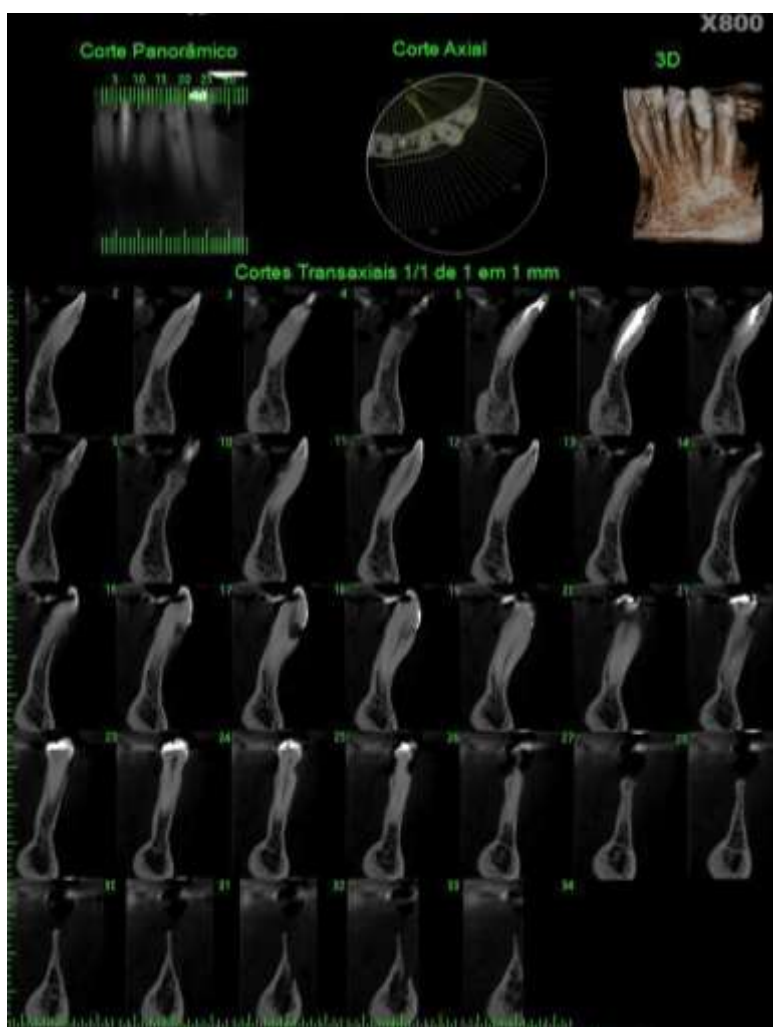
Figura 1 – Aspecto clínico da reabsorção cervical invasiva na face vestibular do dente 33.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

No momento do atendimento inicial, a paciente já apresentava exame de tomografia computadorizada de (TCFC), o qual foi utilizado para complementação do diagnóstico e planejamento terapêutico.

Figura 2 – Tomografia computadorizada de feixe cônico (TCFC) com cortes Transaxiais



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 3 – Cortes tomográficos sequenciais (TCFC) demonstrando a extensão da reabsorção cervical invasiva ao longo da raiz do dente 33.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Este tipo de exame (TCFC) é utilizado para melhor avaliação da extensão, localização e a relação da lesão com o canal radicular. Tendo isso, observou-se uma lesão reabsortiva extensa na região cervical do dente 33, com progressão apical. Em determinados cortes tomográficos, a separação entre a área reabsortiva e o canal radicular mostrou-se ausente ou extremamente reduzida.

Com base nos achados clínicos e tomográficos, fundamentados na literatura científica, definiu-se, em conjunto com o professor responsável, Prof. Dr. Marcone Reis Luis, que o plano de tratamento indicado para o caso consistiria na realização de um tratamento endodôntico a ser executado logo após a curetagem da lesão reabsortiva, seguida de limpeza da área afetada e restauração da cavidade com cimento de ionômero de vidro modificado por resina.

Inicialmente, foi realizada anestesia da região, utilizando o anestésico Articaina 4% com a técnica mentoniana e infiltrativas locais para acesso cirúrgico à área da reabsorção cervical invasiva (materiais utilizados – Figuras 3 e 4), bem como para a realização do tratamento endodôntico. Em seguida, o elemento dentário 33 foi preparado para abertura da câmara pulpar com uma broca 1012HL e após romper o teto da câmara pulpar, foi utilizada uma broca Endo Z, de ponta inativa para obter um preparo biomecânico satisfatório e acesso ao canal radicular. Após o preparo, a localização do canal radicular, realizou-se irrigação com Hipoclorito de sódio à 2,5% e sucção com cânula e ponta de sucção. e preparo químico-mecânico adequado. Na sequência, um cone de guta-percha foi posicionado no interior do canal radicular, sem cimentação prévia, com o objetivo de permitir a realização simultânea do procedimento cirúrgico e da curetagem da lesão (Figura 5).

Posteriormente, foram realizadas duas incisões relaxantes nas faces mesial e distal, pela vestibular do elemento dentário, com uma lâmina de bisturi 15C, -sem envolvimento das papilas. Após a exposição do campo operatório, identificou-se a presença de uma “janela óssea”, procedendo-se à curetagem cuidadosa do tecido reabsortivo com uma broca carbide esférica de baixa rotação 4CA.-

A remoção completa do tecido que se apresentava bastante vascularizado, foi realizada com broca de baixa rotação. Então, a cavidade foi devidamente limpa com irrigação, sucção e secagem do conduto e preparada para a inserção do cimento de ionômero de vidro modificado por

Comentado [JC2]: Qual broca?

resina Ionômero de Vidro Restaurador GC Gold Label 2 LC, o qual foi adicionado à cavidade com uma espátula de Resina Composta e posteriormente fotopolimerizado para a devida blindagem da lesão (Figura 6).

Com o selamento da área reabsortiva, o dente foi novamente isolado para a finalização do tratamento endodôntico. Para a verificação do resultado imediato do tratamento, foi realizada radiografia periapical final (Figura 7).

Formatado: Título 1, Recuo: Primeira linha: 0 cm, Espaço Antes: 0 pt, Depois de: 0 pt, Espaçamento entre linhas: Pelo menos 22,5 pt

Comentado [JC3]: Seria legal adicionar o cimento e a técnica de obturação.

Figura 4 – Mesa clínica



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 5 – Mesa clínica auxiliar



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 6 – Cone de Guta Percha posicionado no canal radicular com cirurgia simultânea.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Figura 7 – Ionômero de vidro modificado por resina sendo inserido na cavidade.



Fonte: *Fonte:* Arquivo pessoal da autora.

Figura 8 – Rx periapical final



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

Nesta mesma sessão clínica, foi realizado o tratamento endodôntico, considerando a proximidade e possível comunicação da lesão com o sistema de canais radiculares. Ao final, realizou-se o selamento coronário provisório, sendo a paciente orientada quanto aos cuidados pós-operatórios e acompanhamento clínico com RX e sondagem periodontal após 1 mês (Figura 8).

Ao acompanhamento clínico e radiográfico para preservação do caso realizado após 1 mês do procedimento, observou-se ausência de sintomatologia dolorosa, redução da profundidade de sondagem na região cervical do dente 33 e adequada adaptação do material restaurador. A avaliação radiográfica evidenciou preservação do selamento da área de reabsorção e do tratamento endodôntico realizado.

Comentado [JC4]: Seria interessante adicionar esta radiografia.

Figura 9 – Foto para preservação com 1 mês de cirurgia.



Fonte: Arquivo pessoal da autora.

A conduta adotada mostrou-se eficaz, corroborando com os achados da literatura que preconizam a remoção completa do tecido reabsortivo de acordo com esse caso, o selamento adequado da lesão e a realização do tratamento endodôntico.

5 DISCUSSÃO

A principal contribuição do presente caso está na tomada de decisão terapêutica frente a uma reabsorção cervical invasiva extensa, com achados tomográficos sugestivos de proximidade e possível comunicação com o sistema de canais radiculares. Nessa situação, a literatura ressalta que a preservação pulpar, frequentemente observada nos casos clássicos de RCI, pode não estar garantida, especialmente quando a barreira de pré-dentina não se apresenta claramente definida (HEITHERSAY, 1999; TRONSTAD, 2014).

A análise tomográfica tridimensional foi determinante para o planejamento do tratamento. De acordo com a classificação de Heithersay (1999), a lesão observada no dente 33 enquadra-se na Classe 3, devido à extensão invasiva e profundidade moderada, indicando um prognóstico reservado. Complementarmente, pela classificação tridimensional de Patel et al. (2018), a lesão foi identificada como subcrestal, com profundidade significativa e extensão circunferencial parcial. Apesar desses fatores que aumentam a complexidade, a remoção completa do tecido reabsortivo, associada ao tratamento endodôntico na mesma sessão e ao selamento adequado, contribuiu para um prognóstico final reservado a favorável, alinhado às recomendações da literatura. (HEITHERSAY, 1999; PATEL et al., 2018; CONSOLARO, 2012)

Os resultados clínicos e radiográficos iniciais sugerem resposta favorável ao tratamento instituído. No entanto, conforme descrito por Heithersay (1999), o acompanhamento a longo prazo é imprescindível para confirmar a estabilidade do tratamento e monitorar possíveis recidivas, especialmente em casos de maior extensão.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se então que o diagnóstico preciso e o planejamento terapêutico individualizado, com auxílio da tomografia computadorizada de feixe cônico na Odontologia, são fundamentais para o sucesso no tratamento da reabsorção cervical invasiva. A abordagem adotada neste caso clínico permitiu a preservação do elemento dentário, evidenciando a importância da correta tomada de decisão clínica. Em casos de RCI, deve-se ter o acompanhamento pós procedimento para a preservação do elemento dentário e procedimentos realizados.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comentado [JC5]: Padronizar as referências.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. **Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth**. 5. ed. Oxford: Wiley Blackwell, 2019.

COHEN, S.; HARGREAVES, K. M. **Caminhos da polpa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

CONSOLARO, A. **External cervical resorption: diagnostic and treatment tips**. *Dental Press Journal of Orthodontics*, Maringá, v. 21, n. 5, p. 19–25, 2016.

CONSOLARO, Alberto. **Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas / Alberto Consolaro**. – Maringá: Dental Press, 2002.

ESTRELA, C. **Endodontia: princípios biológicos e mecânicos**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2018.

ESPONA, J. et al. **Invasive cervical resorption: clinical management in the anterior zone**. *Journal of Endodontics*, v. 44, n. 11, p. 1749–1754, 2018.

GUNRAJ, M. N. **Dental root resorption**. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, v. 88, n. 6, p. 647–653, 1999.

HEITHERSAY, G. S. **Invasive cervical resorption: an analysis of potential predisposing factors**. *Quintessence International*, v. 30, n. 2, p. 83–95, 1999.

HEITHERSAY, G. S. **Invasive cervical resorption**. *Endodontic Topics*, Copenhagen, v. 7, n. 1, p. 73–92, 2004.

HÜLSMANN, M.; SCHÄFERS, F. **Problems of root resorption and perforations**. *Endodontic Topics*, v. 16, n. 1, p. 131–159, 2009.



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LAVRAS
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA**

MAVRIDOU, A. M. et al. **Invasive cervical resorption: clinical, radiographic and histological findings.** *International Endodontic Journal*, v. 50, n. 3, p. 287–299, 2017.

NE, R. F.; WITHERSPOON, D. E.; GUTMANN, J. L. **Tooth resorption.** *Quintessence International*, v. 30, n. 1, p. 9–25, 1999.

PATEL, S. et al. **Classification and management of invasive cervical resorption.** *International Endodontic Journal*, v. 51, n. 10, p. 1203–1218, 2018.

PATEL, S.; DURACK, C.; ABELLA, F. et al. **Cone beam computed tomography in Endodontics – a review.** *International Endodontic Journal*, v. 48, n. 1, p. 3–15, 2015.

SOARES, A. R. et al. **Diagnóstico e tratamento de reabsorção cervical invasiva: relato de caso.** *Revista Brasileira de Odontologia*, v. 79, n. 1, p. 1–8, 2022.

SOUSA, J. S. S. S. et al. **Clinical aspects of invasive cervical resorption: a literature review.** *Research, Society and Development*, v. 10, n. 13, e188101318982, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i13.18982.

TRONSTAD, L. **Clinical endodontics: a textbook.** 3. ed. Stuttgart: Thieme, 2014.