

REGRESSÃO PERIAPICAL ASSOCIADA À NECROSE PULPAR: RELATO DE CASO CLÍNICO

REGRESSION OF PERIAPICAL LESION ASSOCIATED WITH PUP NECROSIS:
A CLINICAL CASE REPORT

Ciências da Saúde • 26/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792902236](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792902236)

Emanuele dos Santos Souza¹

Letícia Vitória de Oliveira²

Leonardo Pimentel Fiori³

RESUMO

Este estudo relata um caso clínico de tratamento endodôntico de um elemento dentário com necrose pulpar associada à periodontite apical crônica e lesão periapical. As alterações pulpares e periapicais decorrentes da infecção do sistema de canais radiculares podem comprometer os tecidos adjacentes e ocasionar destruição óssea na região periapical, tornando necessária uma abordagem endodôntica adequada para o controle da infecção e favorecimento do reparo tecidual. O objetivo deste trabalho foi relatar a abordagem endodôntica realizada no elemento 12, destacando a importância do preparo químico-mecânico, da irrigação e da utilização de medicações intracanais no processo de desinfecção do sistema de canais radiculares. Após avaliação clínica e radiográfica e estabelecimento do diagnóstico, realizou-se o acesso endodôntico e o preparo químico-mecânico associado à irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% e EDTA a 17%. Como parte do protocolo de desinfecção, foram utilizadas medicações intracanais à base de formocresol e, posteriormente, pasta de hidróxido de cálcio. Após a conclusão das etapas de desinfecção, procedeu-se à obturação do sistema de canais radiculares. O acompanhamento clínico e radiográfico demonstrou evolução favorável do caso, com ausência de sintomatologia e sinais compatíveis com o processo de reparo dos tecidos periapicais. O caso reforça a importância do diagnóstico adequado, da correta execução das etapas do tratamento endodôntico e do acompanhamento clínico-radiográfico para o controle da infecção e preservação do elemento dentário.

Palavras-chave: Endodontia; Necrose Pulpar; Periodontite Apical; Lesão Periapical; Tratamento Endodôntico.

ABSTRACT

This study reports a clinical case of endodontic treatment of a tooth

with pulp necrosis associated with chronic apical periodontitis and a periapical lesion. Pulpal and periapical changes resulting from infection of the root canal system may compromise the surrounding tissues and cause bone destruction in the periapical region, requiring an appropriate endodontic approach to control the infection and promote tissue repair. The aim of this study was to report the endodontic approach performed on tooth 12, highlighting the importance of chemomechanical preparation, irrigation, and the use of intracanal medications in the disinfection of the root canal system. Following clinical and radiographic evaluation and establishment of the diagnosis, endodontic access and chemomechanical preparation were performed, associated with irrigation with 2.5% sodium hypochlorite and 17% EDTA. As part of the disinfection protocol, intracanal medications based on formocresol and, subsequently, calcium hydroxide paste were used. After completion of the disinfection procedures, the root canal system was obturated. Clinical and radiographic follow-up demonstrated favorable clinical progression, with absence of symptoms and findings compatible with the repair process of the periapical tissues. This case reinforces the importance of an accurate diagnosis, proper execution of the endodontic treatment procedures, and clinical-radiographic follow-up for infection control and preservation of the tooth.

Keywords: Endodontics; Pulp necrosis; Apical periodontitis; Periapical lesion; Endodontic treatment.

1. INTRODUÇÃO

A periodontite apical é caracterizada como uma alteração patológica, de natureza aguda ou crônica, que acomete os tecidos periapicais em consequência da infecção do sistema de canais

radiculares após a necrose pulpar. Apesar da participação de fatores físicos e químicos, a presença de microrganismos é fundamental para o desenvolvimento e a manutenção da doença. A permanência desses agentes infecciosos estimula uma resposta inflamatória e imunológica nos tecidos periapicais, promovendo destruição óssea localizada e comprometendo o processo de reparação tecidual (Oliveira et al., 2018).

Uma infecção pulpar de longa duração possibilita a disseminação de bactérias por todo o sistema de canais radiculares. Esses microrganismos podem ocupar não apenas a luz do canal principal e os túbulos dentinários, mas também os canais laterais, secundários e acessórios, o delta apical, além de lacunas formadas por processos de reabsorção dentária, que permanecem protegidas pelo biofilme bacteriano, podendo ainda alcançar a região periapical. Diante disso, evidencia-se a necessidade de promover a eliminação bacteriana em todo o sistema de canais. Entretanto, em dentes que apresentam lesões periapicais de longa duração, essa descontaminação não é alcançada apenas por meio do preparo biomecânico. Nesses casos, torna-se indispensável o uso complementar de uma medicação intracanal entre as sessões, uma vez que a erradicação completa da infecção sem esse auxílio é improvável (Travassos et al., 2022).

Para controlar o processo infeccioso presente no canal radicular e nos tecidos periapicais, é fundamental reduzir ao máximo a microbiota bacteriana dessas regiões. Para isso, recomenda-se o uso de soluções irrigadoras com forte ação antimicrobiana. O hipoclorito de sódio é amplamente indicado como irrigante principal devido ao seu amplo espectro de ação e à capacidade de dissolver tecidos orgânicos. Além disso, a ativação da solução irrigadora pode

potencializar o processo de descontaminação do sistema de canais radiculares. Com o avanço técnico-científico dos instrumentos e materiais utilizados na endodontia, bem como com o maior conhecimento da anatomia do sistema de canais radiculares, tornou-se possível realizar as etapas do tratamento endodôntico com mais precisão, eficácia, segurança e em menor tempo (Travassos et al., 2022).

O hidróxido de cálcio é amplamente utilizado como medicação intracanal para promover a assepsia do canal radicular, devido à sua elevada alcalinidade e às suas propriedades antibacterianas. No presente caso, essa substância foi empregada como medicação, e, considerando que a pasta é gradualmente reabsorvida pelos fluidos periapicais, tornou-se necessária a renovação periódica do material, com o objetivo de diminuir a intensidade do processo inflamatório na região periapical. (Travassos et al., 2024).

Após a redução da inflamação local, ocorre a interrupção do crescimento da lesão, seguida pelo início do processo de reparo, com formação de novo tecido ósseo e desaparecimento dos sinais clínicos. O reparo periapical constitui um importante indicativo de sucesso do tratamento endodôntico, sendo acompanhado Por meio de avaliações clínicas e radiográficas. Para a análise do sucesso terapêutico, é necessário realizar o controle clínico e radiográfico do paciente, considerando critérios como dor, odor, edema, presença de fístula e a existência ou não de lesão periapical. (Patriota et al., 2020).

Mediante ao exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar um caso clínico de regressão de lesão periapical associada à necrose pulpar, evidenciando a importância da terapia endodôntica na

eliminação dos microrganismos do sistema de canais radiculares, bem como o papel fundamental do uso da medicação intracanal, especialmente o hidróxido de cálcio, no processo de desinfecção e reparo tecidual. Além disso, busca-se demonstrar, por meio de acompanhamento clínico e radiográfico, a eficácia das condutas adotadas para o sucesso do tratamento e a regressão da lesão periapical.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Anatomia Pulpar

O êxito do tratamento endodôntico depende diretamente do conhecimento da anatomia do sistema de canais radiculares, especialmente de suas possíveis variações e complexidades. (Veras et al., 2020). Além disso, é fundamental compreender os aspectos fisiológicos da polpa em condições normais, bem como as alterações fisiopatológicas que podem acometer a polpa e a região periapical (Berger, 2018).

Todas essas informações são essenciais para o início do tratamento endodôntico, que se dá por meio do acesso endodôntico. Esse acesso deve ser realizado de forma direta, sendo indispensável a remoção de cáries, detritos, restaurações insatisfatórias e do tecido pulpar. Ao mesmo tempo, é fundamental preservar ao máximo a estrutura dental sadia, limitando o desgaste apenas às áreas necessárias. Essa etapa é de extrema importância, pois influencia diretamente o sucesso das fases subsequentes do tratamento (Neelakantan et al., 2018).

O clínico deve estar atento aos sinais e sintomas das infecções persistentes, uma vez que estas envolvem bactérias mais agressivas,

capazes de desencadear uma resposta inflamatória exacerbada do organismo. Essa resposta pode ser um elemento fundamental para o estabelecimento de um diagnóstico mais preciso, contribuindo para a elaboração de estratégias terapêuticas adequadas e eficazes. (Karamifar et al., 2020).

2.2. Microbiota Associada à Necrose Pulpar

As infecções endodônticas são caracterizadas por uma microbiota polimicrobiana que se desenvolve e se mantém no sistema de canais radiculares, levando à necrose pulpar. Esses microrganismos, bem como seus subprodutos, desempenham papel fundamental no estabelecimento e na progressão das lesões periapicais. (Torres, 2020).

A infecção pulpar pode surgir devido a diversos fatores, como cárie dentária ou traumas, que levam à necrose do tecido pulpar. A infecção periapical caracteriza-se como um processo inflamatório que acomete os tecidos perirradiculares, resultante da interação entre microrganismos presentes no sistema de canais radiculares e os mecanismos de defesa do hospedeiro. Essa interação pode ocasionar reabsorção óssea e danos aos tecidos perirradiculares. Embora essas lesões apresentem um caráter defensivo frente à infecção microbiana, elas não possuem capacidade de cura espontânea (Qusai et al., 2018).

A agressão ao tecido pulpar pode desencadear diferentes respostas biológicas, como processos inflamatórios (pulpite) e a formação de dentina reparadora. Entretanto, em situações mais severas, quando o processo inflamatório persiste e não é controlado, pode ocorrer necrose pulpar. Quando não tratada, a necrose pode se estender aos

tecidos periapicais, originando um processo infeccioso na região (Berger, 2018).

Uma infecção pulpar de longa duração possibilita a disseminação de bactérias por todo o sistema de canais radiculares. Esses microrganismos podem ocupar não apenas a luz do canal principal e os túbulos dentinários, mas também os canais laterais, secundários e acessórios, o delta apical, além de lacunas formadas por processos de reabsorção dentária, que permanecem protegidas pelo biofilme bacteriano, podendo ainda alcançar a região periapical. (Travassos et al., 2022).

Lesões periapicais surgem em decorrência da presença de microrganismos no tecido pulpar necrótico ou de corpos estranhos que permanecem retidos no tecido periapical, desencadeando um processo inflamatório que pode se manifestar de forma aguda ou crônica. Evidências demonstram que a maior parte das lesões periapicais inflamatórias pode ser tratada de maneira eficaz por meio do tratamento endodôntico não cirúrgico. (Le et al., 2024).

Dessa forma, o tratamento endodôntico tem como principal objetivo a eliminação desses agentes infecciosos por meio da instrumentação mecânica, da desinfecção química e do adequado selamento do sistema de canais radiculares. Os processos inflamatórios decorrentes desta infecção exercem influência significativa no desenvolvimento da periodontite apical e, conseqüentemente, na reabsorção óssea local. Quando o tratamento é realizado de maneira adequada, a lesão periapical tende a cicatrizar, ocorrendo reparação óssea, evidenciada pela redução progressiva da radiolucidez nas radiografias periapicais de

acompanhamento. Esse processo é essencial para a avaliação do sucesso do tratamento endodôntico (Torres, 2020).

2.3. Tratamento Endodôntico

A terapia endodôntica deve ser realizada com o objetivo de prevenir ou favorecer a reparação das lesões periapicais, independentemente do tipo ou da extensão. Nesse sentido, é responsabilidade do profissional garantir o máximo possível de desinfecção do sistema de canais radiculares. Além disso, o acompanhamento clínico do paciente é indispensável para verificar a regressão das lesões e, somente com base na avaliação, definir o sucesso do tratamento endodôntico (Nascimento et al., 2021).

A eliminação de microrganismos depende de vários fatores, como o uso de instrumentos adequados, uma irrigação eficiente e, por fim, a realização de uma obturação tridimensional do canal radicular que garanta um bom selamento. A instrumentação e a irrigação devem ser realizadas ao mesmo tempo, caracterizando o chamado preparo químico-mecânico. Esse processo é essencial para promover a limpeza e a desinfecção do sistema de canais radiculares (Massocco et al., 2019).

O preparo mecânico, quando realizado de forma isolada, não é suficiente para eliminar os microrganismos presentes no canal radicular, sendo indispensável o uso de substâncias químicas com ação antibacteriana. A irrigação com soluções químicas representa uma das etapas mais importantes e delicadas do tratamento endodôntico, principalmente no que diz respeito à eliminação de microrganismos. Como o canal radicular possui regiões de difícil acesso para os instrumentos do cirurgião-dentista, o uso de soluções

irrigadoras adequadas é essencial para diminuir o risco de infecções e evitar possíveis complicações ao paciente (Correia, 2019).

Além de remover tecido necrótico, componentes inflamatórios e detritos dentinários, essas substâncias têm a capacidade de eliminar microrganismos e auxiliar na sua remoção do interior do canal radicular. Por isso, devem ser empregadas tanto durante quanto após a instrumentação. A irrigação também ajuda a reduzir o atrito entre o instrumento e as paredes do canal, além de contribuir para a preservação dos tecidos ao redor do dente, favorecendo uma recuperação mais adequada e saudável (Silva et al., 2016)

Portanto, o sucesso do tratamento endodôntico não cirúrgico está relacionado à adequada limpeza, modelagem e obturação do canal radicular. Uma instrumentação criteriosa, associada a uma irrigação abundante, constitui a base para a realização de um tratamento endodôntico eficaz. Embora os procedimentos de instrumentação e irrigação contribuam significativamente para a redução da carga bacteriana, ainda é necessária a utilização de um agente com ação bactericida para garantir uma desinfecção mais eficaz do sistema de canais radiculares. Alguns pesquisadores também sugerem a extensão dos instrumentos além do forame apical, com o objetivo de promover drenagem e aliviar a pressão existente na região. Além disso, a irrigação com hipoclorito de sódio, associada a uma instrumentação biomecânica adequada, é amplamente recomendada para o sucesso do tratamento do canal radicular, sendo posteriormente complementada pelo uso de medicação intracanal (Shaiban et al., 2023).

2.4. Exame Radiográfico

O profissional deve compreender que o tratamento endodôntico não se encerra com a obturação do sistema de canais radiculares. A longo prazo, é fundamental buscar uma adequada reparação periapical, considerando que o tratamento não se limita apenas ao preenchimento técnico do canal preparado, mas inclui também um período de acompanhamento clínico e radiográfico após sua realização. A avaliação da qualidade do tratamento endodôntico é feita por meio do exame clínico, da análise radiográfica e, quando necessário, da avaliação histopatológica (Travassos et al., 2024).

3. RELATO DE CASO

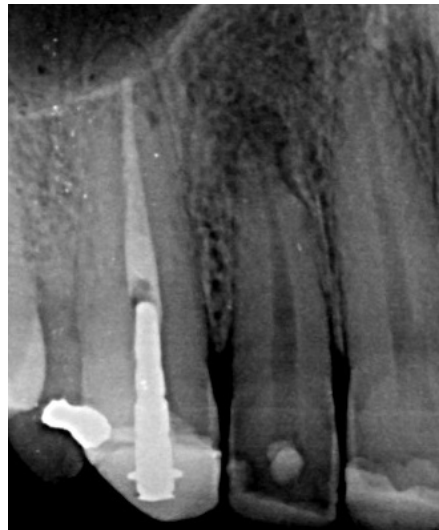


Figura 1. *Aspecto radiográfico inicial*

Paciente do sexo masculino, 47 anos de idade, compareceu à clínica odontológica sem relatar dor espontânea ou histórico recente de intervenção no elemento 12. Ao exame clínico, o dente apresentava-se sem alterações coronárias aparentes, exceto pela presença de uma restauração insatisfatória na face palatina, localizada na região do cingulo ou mobilidade. O teste de sensibilidade pulpar ao frio (Endo Ice) foi negativo. A radiografia periapical evidenciou imagem radiolúcida na região periapical do elemento 12, compatível com lesão periapical de origem endodôntica (Figura 1). Diante dos

achados clínicos e radiográficos, estabeleceu-se o diagnóstico de necrose pulpar associada à periodontite apical crônica, sendo indicado o tratamento endodôntico convencional.

Após o estabelecimento do diagnóstico e definição da conduta terapêutica, iniciou-se o tratamento endodôntico do elemento 12. Inicialmente, foi determinado o comprimento aparente do dente (CAD) 23 por meio da análise radiográfica. Em seguida, realizou-se anestesia infiltrativa com mepivacaína a 2% associada à epinefrina 1:100.000 no nervo alveolar superior anterior, seguida do isolamento absoluto com dique de borracha, proporcionando adequado controle do campo operatório e reduzindo o risco de contaminação durante o procedimento (Figura 2).



Figura 2. *Isolamento Absoluto*

Como o elemento dentário apresentava uma restauração insatisfatória na face palatina, localizada na região do cingulo, foi realizado o acesso endodôntico por meio da remoção da

restauração utilizando broca esférica diamantada nº 1013. Em seguida, o refinamento da cavidade de acesso foi realizado com broca tronco-cônica 3080 de ponta inativa, proporcionando melhor visualização da câmara pulpar e favorecendo a localização e o acesso ao canal radicular. Após a abertura, foi realizada a medicação intracanal com Formocresol, por meio da umidificação de uma pequena bolinha de algodão estéril com o medicamento e inserida no terço cervical do canal, posteriormente a medicação foi removida após quatro dias.

Na etapa seguinte, a partir desse valor do CAD= 23 estabeleceu-se o comprimento provisório de trabalho (CPT) de 19, utilizado como referência para o início da instrumentação. Nessa fase inicial do preparo biomecânico, foram empregadas as limas manuais números 10, 15, 20 e 25 e em sequência as limas rotatórias SX e S1 do sistema ProTaper Gold (Dentsply Sirona), favorecendo o preparo dos terços cervical e médio e possibilitando maior ação das soluções irrigadoras.

Concluída essa etapa, realizou-se a odontometria utilizando localizador apical eletrônico, com confirmação por radiografia periapical, permitindo a determinação do comprimento real de trabalho (CRT) de 21. Com base nessa medida, deu-se continuidade ao preparo biomecânico do terço apical do canal radicular utilizando a sequência S2, F1 e F2 do sistema ProTaper Gold, sempre respeitando os limites anatômicos do canal. Durante toda a instrumentação, o canal radicular foi irrigado abundantemente com solução de hipoclorito de sódio a 2,5%, visando à limpeza do sistema de canais, remoção de debris e redução da carga microbiana.

Ao término do preparo biomecânico, realizou-se irrigação final com EDTA a 17%, seguida de nova irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% e irrigação com solução fisiológica estéril. Em seguida, o canal foi seco com cones de papel absorvente estéreis. Na sequência, foi inserida medicação intracanal à base de hidróxido de cálcio associada ao iodofórmio e propilenoglicol (Figura 3), devido à presença da lesão periapical, buscando potencializar a ação antimicrobiana e favorecer o reparo dos tecidos periapicais. Ao final da sessão, a cavidade de acesso foi selada com material restaurador provisório, permanecendo o elemento em condições adequadas até o retorno do paciente. (Figura 4)



Figura 3. Pasta à base de hidróxido de cálcio. **Figura 4:** Canal radicular com a medicação

Na sessão seguinte, o selamento provisório foi removido e o canal radicular novamente irrigado para retirada da medicação intracanal. Após secagem com cones de papel absorvente, procedeu-se à obturação pela técnica do cone único (Figura 5), utilizando cimento biocerâmico à base de MTA, proporcionando adequado selamento do sistema de canais radiculares. (Figura 5)



Figura 5. *Elemento 12 após a
obturação*

Após a obturação do canal radicular, realizou-se a limpeza da câmara pulpar, removendo os excessos de cimento obturador. Em seguida, foi executada a blindagem do canal com resina flow, formando uma barreira sobre a entrada do canal radicular, com o objetivo de proteger o tratamento endodôntico e proporcionar melhor vedamento coronário. Na sequência, foi realizada a restauração definitiva do elemento dentário com resina composta. Inicialmente, procedeu-se ao condicionamento ácido do esmalte e da dentina com ácido fosfórico a 37%, seguido de lavagem, secagem controlada e aplicação do sistema adesivo, conforme as recomendações do fabricante. Após a utilização do adesivo, a resina composta foi inserida de forma incremental, com fotopolimerização de cada camada. Ao final, foram realizados os ajustes oclusais, acabamento e polimento, restabelecendo a anatomia e a função do elemento dentário. (Figura 6)



Figura 6. *Após 90 dias da
obturação*

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Oliveira et al. (2018) e Karamifar et al. (2020) destacam que a periodontite apical está diretamente relacionada à infecção do sistema de canais radiculares decorrente da necrose pulpar, sendo a presença de microrganismos um dos principais fatores envolvidos na manutenção do processo inflamatório e na destruição dos tecidos periapicais. A resposta inflamatória desencadeada pela infecção pode resultar em reabsorção óssea localizada e formação de lesões na região periapical. No presente caso, o elemento 12 apresentou teste de sensibilidade pulpar negativo e imagem radiolúcida na região periapical, achados compatíveis com necrose pulpar associada à periodontite apical crônica. Dessa forma, os aspectos clínicos e radiográficos observados apresentaram relação com os mecanismos descritos na literatura.

Diante do diagnóstico estabelecido, iniciou-se o tratamento endodôntico do elemento 12, tendo como uma das principais etapas o preparo químico-mecânico. Massocco et al. (2019) destacam que a instrumentação associada à irrigação é fundamental para a limpeza e desinfecção do sistema de canais radiculares, enquanto Macêdo et

al. (2021) ressaltam que a instrumentação pode ser realizada por técnicas manuais ou mecanizadas, buscando promover adequada modelagem do canal. No presente caso, foram utilizadas inicialmente limas manuais nº 10, 15, 20 e 25, seguidas das limas rotatórias SX e S1 do sistema ProTaper Gold. Após a determinação do comprimento real de trabalho em 21 mm, foi realizada a continuidade da instrumentação com S2, F1 e F2, respeitando os limites anatômicos do canal.

Travassos et al. (2022) complementam que o hipoclorito de sódio é o irrigante de eleição devido ao seu amplo espectro e à sua capacidade de dissolução tecidual. Durante todo o procedimento, foi realizada irrigação abundante com hipoclorito de sódio a 2,5%, buscando auxiliar na remoção de debris e na redução da carga microbiana.

Após o preparo químico-mecânico, foi realizada a primeira etapa de medicação intracanal com formocresol, dando continuidade ao protocolo de controle da infecção do sistema de canais radiculares. Travassos et al. (2022) ressaltam que, em infecções de maior duração, os microrganismos podem permanecer em regiões de difícil acesso dentro do sistema de canais, fazendo com que a descontaminação não dependa apenas do preparo biomecânico. Dessa maneira, a utilização da medicação intracanal esteve relacionada à continuidade do processo de desinfecção do elemento 12 antes da utilização da medicação à base de hidróxido de cálcio.

Travassos et al. (2024) destacam que o hidróxido de cálcio é amplamente utilizado como medicação intracanal devido à sua elevada alcalinidade e às suas propriedades antibacterianas, sendo uma alternativa importante para auxiliar na assepsia do canal e no

controle do processo inflamatório periapical. No caso clínico relatado, a escolha dessa medicação esteve relacionada à presença da lesão periapical, buscando complementar a desinfecção obtida nas etapas anteriores e favorecer condições adequadas para o reparo dos tecidos.

Nascimento et al. (2021) destaca que a adequada desinfecção deve ser associada a um bom selamento do sistema de canais radiculares, uma vez que a obturação faz parte das etapas necessárias para o controle da infecção. No elemento 12, a obturação foi realizada somente após a conclusão das etapas de instrumentação, irrigação e medicação intracanal, buscando proporcionar o preenchimento e o selamento do canal radicular.

Após o controle do processo infeccioso e a redução da inflamação na região periapical, ocorre o processo de reparação tecidual, caracterizado pela reorganização dos tecidos e pela formação de novo tecido ósseo na área anteriormente afetada pela lesão. Patriota et al. (2020) destacam que o reparo periapical é um dos principais indicadores do sucesso do tratamento endodôntico, sendo acompanhado por meio de avaliações clínicas e radiográficas. No caso relatado, a desinfecção do sistema de canais radiculares, associada ao uso das medicações intracanaís e à obturação, proporcionou condições favoráveis para a reparação dos tecidos periapicais. Na radiografia de acompanhamento (Figura 6) realizada após 90 dias da obturação, foi verificado o processo de regressão da lesão periapical, evidenciado pela redução da área radiolúcida em comparação ao exame inicial (Figura 1), indicando evolução favorável do processo de reparação após o tratamento endodôntico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato descreve o tratamento endodôntico do elemento 12 com necrose pulpar associado à periodontite apical, envolvendo preparo químico-mecânico, irrigação, uso de medicações intracanais e obturação do sistema de canais radiculares. O tratamento realizado, seguindo as normas básicas da Endodontia, possibilitou o controle da infecção e favoreceu condições adequadas para a reparação dos tecidos periapicais.

Na radiografia de acompanhamento, observou-se regressão da lesão periapical, evidenciada pela redução da área radiolúcida em comparação ao exame inicial. Dessa forma, verificou-se a evolução favorável do quadro, sem intercorrências que comprometessem o resultado obtido.

Portando, apesar das particularidades deste relato de caso clínico e ao tempo de acompanhamento realizado, os resultados obtidos reforçam a importância do diagnóstico adequado e execução de cada etapa do tratamento endodôntico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, R. C. Endodontia. 1ª ed. **Quintessence**, 2018.

CORREIA, A. C. N.. Soluções irrigadoras em endodontia. 2019

KARAMIFAR K, Tondari A, Saghiri MA. Endodontic Periapical Lesion: Na Overview on the Etiology, Diagnosis and Current Treatment Modalities. **Eur Endod J**. 2020; 2: 54-67.

LE, H.V. et al. Nonsurgical Minimally Invasive Endodontic Treatment of Large Periapical Lesions: A Report of Three Cases. **The Open Dentistry Journal**, v. 18, 2024.

MACÊDO, B. T. B.; SOUSA, V. L. G.; VERDE, G. M. F. L.; MARTINS, I. F. N.; LIMA, L. R.. Influência de substância irrigadoras endodônticas na microdureza da dentina radicular: revisão integrativa. **Revista Odontologia Clínica Científica**, v.20, n.2, p.52-57, 2021.

MASSOCCO, V.; ASSMANN, G.; MARTINI, G.. Comparação de procedimentos para desinfecção de canais radiculares em tratamentos endodônticos. 2019.

NASCIMENTO, J. M. D. et al. Lesão periapical e sua relação com medicação intracanal: descrição de caso clínico. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 10863-10876, 2021.

NEELAKANTAN, P.; KHAN, K.; YIP, C. Y.; ZHANG, C.; CHEUNG, G. S. P. Does the Orifice-directedDentin Conservation Access Design Debride Pulp Chamber and Mesial Root Canal Systems of Mandibular Molars Similar to a Traditional Access Design? **Journal of Endodontics**, New York, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2018

OLIVEIRA NG, et al. Regressão de lesão periapical extensa: relato de caso clínico. **Rev. Odontol.** Univ. Cid. São Paulo 2018 abr/jun 30(2) 210-5.

PATRIOTA, E. C. R. et al. (2020). Efficacy of guided endodontics in treating teeth with radicular calcification: integrative review. **Research, Society and Development.** 9 (8): e655986066.

QUADROS, SANDRA U.; CARVALHO, ERIKA. Manuais de Odontologia. Salvador: Sanar, 2016. 227 p.: il.; 16 x 23 cm. (**Coleção Manuais de Odontologia**; v. 4). ISBN 978-85-67806-62-4.

REGEZI, J. A.; SCIUBBA, J. J. Cistos da boca - Cistos periapicais. In: Patologia bucal: correlações clínico patológicas. 3. ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2000. p. 260-262.

ROSENBERG B, MURRAY P.E, NAMEROW K. The effect of calcium hydroxide root filling on dentin fracture strength. **Dent Traumatol.** 2007;23(1):26-29. DOI:10.1111/j.1600- 9657.2006.00453.x

SHAIBAN, A. S. Healing of Large through-and-through Periapical Lesion 24 Managed by Non-Surgical Endodontic Treatment. Journal of Health Sciences, v. 8, n. 2, p. 146-148, 2023.

SILVA, F.; FRANCISCO, N. L. D. S. G.; BRUM, S. C.; BARBOSA, C. C. N.; SOARES, L. D. C.. Atividade antimicrobiana de soluções irrigadoras no preparo biomecânico de canais radiculares frente a enterococos faecalis. **Revista Brazilian Journal Surg Clin Resident**, v.15, n.1, p.34-38, 2016.

TORRES, C. E. L. Reparação óssea de lesão periapical pós tratamento endodôntico: relato de caso. 2020. **Monografia** apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE, pSalvador

TRAVASSOS et al. Reparo de lesão periapical: relato de caso. **Med J Eur**, v. 2, n. 3, p. 25-28, 2024

TRAVASSOS, et al. Reparo de lesão de incisivo central inferior com dois canais - Relato de caso. Recisatec - **Revista Científica Saúde e Tecnologia** -2022, v. 2, n. 7, p. 27-69.

TRAVASSOS, R. M. C. et al. Tratamento não cirúrgico de uma grande lesão periapical - Relato de caso. **LUMEN ET VIRTUS**, São José dos

¹ Discente do Curso Superior de Odontologia do Instituto Centro Universitário São Lucas – AFYA *Campus I* de Porto Velho. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

² Discente do Curso Superior de Odontologia do Instituto Centro Universitário São Lucas – AFYA *Campus I* de Porto Velho. . E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)

³ Docente do Curso Superior de Odontologia do Instituto Centro Universitário São Lucas – AFYA *Campus I* de Porto Velho. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)