

**FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**IGOR RAMOS JULIANO
AMANDA DA COSTA GALVÃO
ÁLIA REGINA NEVES DE PAULA PORTO**

**TRATAMENTO DA REABSORÇÃO EXTERNA VIA CANAL RADICULAR : RELATO
DE CASO**

Rio de Janeiro

2019

TRATAMENTO DA REABSORÇÃO EXTERNA VIA CANAL RADICULAR

TREATMENT OF EXTERNAL REABSORPTION VIA THE RADICAL CHANNEL

X
X
X

Nome (s) do (s) autor (es)

Igor Ramos
Amanda Galvão

Orientador

Ália Porto

X
X
X

RESUMO

X

Neste relato de caso foi utilizado o MTA para tratamento da reabsorção externa apical lateral através da aplicação utilizando o próprio canal radicular de forma minimamente invasiva e demonstrando todas as etapas realizadas e acompanhando para mostrar a eficiência do MTA e seus benefícios clínicos, foi realizado a partir da sequência de atendimentos clínicos de uma paciente das clínicas da faculdade são José atendida na graduação na disciplina de Endodontia , que apresentava Reabsorção Radicular Apical Externa, os relatos foram retirados do prontuário da clínica, além de Exames de imagem como Raio-X (Panorâmica, Periapical) e Tomografia computadorizada de feixes cônicos. Além do relato foi feita uma revisão de literatura através das buscas por artigos científicos, livros sobre Reabsorção Radicular , livros de cirurgia sobre dentes inclusos , livros sobre endodontia e livros sobre patologia bucomaxilofacial, Relatos de casos, publicações internacionais do Dental press journal of orthodontics , Journal of Dentistry and Public Health (Dentistry) e Endodontic Topics, trabalhos acadêmicos de monografia, pós-graduação , mestrado , publicados nos últimos 20 anos. Clássicos da literatura em bases de dados como Scielo(Scientific Eletronic Library Online), Bula e site da empresa Angelus fabricante do MTA (Agregado Trióxido Mineral) no Brasil, Google acadêmico por meio dos descritores Reabsorção Radicular , dentes Inclusos, Root Resorption, Reabsorção Dentária , external Resorption e Aspectos Radiográficos da Reabsorção Radicular.

Palavras-chave: Endodontia , Reabsorção Externa e Agregado Trióxido Mineral

(MTA) .

X
X
X

ABSTRACT

X

In this case report, the MTA was used to treat lateral apical external resorption through the application using the root canal itself minimally invasive and demonstrating all the steps performed and accompanying to show the efficiency of the MTA and its clinical benefits. sequence of clinical consultations of a patient of the clinics of the faculty are José attended the graduation in the discipline of Endodontics, which presented External Apical Radical Resorption, the reports were taken from the clinic chart, as well as X-ray (Panoramic, Periapical) and Computed tomography of conic bundles. In addition to the report, a review of the literature was made through the search for scientific articles, books on Radical Resorption, books on surgery on teeth included, books on endodontics and books on pathology

bucomaxillofacial, Case reports, international publications of the Dental press journal of orthodontics , Journal of Dentistry and Public Health (Dentistry) and Endodontic Topics, academic papers of monograph, postgraduate, masters, published in the last 20 years. Literature classics in databases such as Scielo (Scientific Electronic Library Online), Bula and site of the company Angelus manufacturer of MTA (Aggregate Trioxide Mineral) in Brazil, academic Google through the descriptors Radicular Resorption, Included Teeth, Root Resorption, Dental Resorption , external Resorption and Radiographic Aspects of Radicular Resorption.

Key-words: Endodontics, External Resorption and Aggregate Mineral Trioxide (MTA).

INTRODUÇÃO:

X
X

O presente trabalho relata o caso clínico de reabsorção radicular externa em um incisivo central, provavelmente de origem traumática devido a um canino impactado no palato da paciente, cuja opção de tratamento foi a exodontia do canino, realizada na atualização de cirurgia oral da Faculdade São José (FSJ).

Reabsorção Radicular é a perda de tecido duro dentário, geralmente se apresenta de duas formas: a fisiológica, intimamente relacionada a esfoliação dos dentes decíduos, e a patológica, relacionada a dentição permanente.

Essa se descreve como um dano na camada protetora de pré-dentina ou pré-cemento, podendo ser causada por uma inflamação pulpar devido a infecção ou por pressão na qual os osteoclastos reabsorvem o ápice dentário. O prognóstico do tratamento da reabsorção radicular é favorável, uma vez removida a causa cessa o processo de reabsorção. Porém necessita ser tratado com um material que tenha características únicas, o Agregado Trióxido Mineral (MTA) para otimizar e acelerar o reparo ósseo obtendo sucesso e longevidade na obturação endodôntica.

Após exodontia do canino incluso, a paciente foi encaminhada para clínica de endodontia II da FSJ para avaliação do incisivo central, o qual foi realizado o tratamento endodôntico com o preenchimento do defeito com MTA via canal radicular, uma alternativa ao tratamento cirúrgico convencional realizado nesses tipos de reabsorção

Neste artigo será descrito as etapas e procedimentos adotados no caso de tratamento de reabsorção externa via canal radicular com o uso do MTA , apresentar a definição de reabsorção e suas principais causas , avaliar a eficácia do uso do MTA no tratamento de reabsorção externa , indicar as condutas adotadas no caso em questão e a evolução no tratamento.

X

X

X

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

X

X

O mecanismo o qual desencadeia a reabsorção dos tecidos relacionados ao elemento dentário, osso alveolar, outros tecidos orgânicos e sintéticos é o mesmo que interage em todos os tecidos mineralizados, na maioria das vezes a reabsorção não é algo desejada e tão logo detectada o cirurgião dentista intervêm para interrompê-la.

Existem quatro maneiras de iniciar uma reabsorção dentária, destruindo ou expondo quatro pontos vulneráveis no elemento dental, que os protegem de reabsorções: cementoblastos, junção amelocementária, odontoblastos e restos epiteliais de Malassez. Por sua vez, os mecanismos que atuam na reabsorção do tecido dentário são dois: Os clastos atuam estimulados por mediadores do processo inflamatório associados a uma área desprovida de tecido dentário mineralizado e, por isso, denominada mecanismo inflamatório de reabsorção dentária ou reabsorção dentária inflamatória e a segunda seria os clastos atuarem sobre os tecidos dentais quando estão fixados ao osso e suas partes mineralizadas que, por sua vez estão constantemente sendo remodeladas, incluindo os dentes, nessa formação/reabsorção/formação constantes que caracteriza nosso esqueleto. Isso só acontecerá quando houver anquilose alveolodentária: é o mecanismo de reabsorção dentária por substituição. (CONSOLARO e BITTENCOURT .,2016)

A reabsorção é uma parte importante de uma multiplicidade de processos fisiológicos e patológicos no corpo humano. A reabsorção pode afetar tecidos duros

como os tecidos duros ósseos e dentais, mas também pode envolver tecidos moles e materiais estranhos como tecido necrosado da polpa ou materiais usados no tamponamento da polpa ou no preenchimento da raiz extrusados pelo forame apical. Um exemplo bem conhecido de reabsorção fisiológica do tecido duro é a reabsorção óssea pela atividade osteoclástica, conhecida como renovação óssea. (AAPASALO e ENDAL., 2006).

Tratamento: as células reabsorventes na reabsorção interna são de origem pulpar. Portanto, uma pulpectomia remover o tecido de granulação e o suprimento de sangue destas células. Por esta razão, uma pulpectomia sozinha é uma forma de tratamento previsível neste tipo de reabsorção. Para reabsorção externa, é fundamental controlar as bactérias pulpares que atuam como estimulante no processo de reabsorção. Estimulação bacteriana removida dos túbulos dentinários pode estabilizar previsivelmente este tipo de reabsorção radicular. Hidróxido de cálcio (Ca(OH)_2) por 6 a 24 meses é o medicamento intracanal de escolha para o tratamento da infecção pulpar externa. Seu forte efeito antibacteriano e baixa solubilidade criam um efeito a longo prazo no canal radicular, e remove o fator de estimulação do canal principal. Ca(OH)_2 também aumenta o pH da dentina (8,0 a 10,0) e, portanto, inibe a atividade de hidrolases de ácido osteoclástico nos tecidos periodontais e ativa os alcalinos fosfatases (FUSS et al., 2003)

A Reabsorção Radicular Patológica interna é relativamente rara de ocorrer, já a reabsorção externa é muito comum de ocorrer com várias origens etiológicas que muitas vezes resulta na perda dentária devido à dificuldade de se impedir sua progressão e de sua detecção precoce (NEVILLE et al., 2004)

A reabsorção radicular é uma complicação dental que pode levar à extração dentária. Inúmeras classificações para as reabsorções radiculares patológicas têm sido propostas, gerando bastantes controvérsias e dificuldades quanto ao estabelecimento do diagnóstico e da melhor conduta terapêutica a ser empregada. Como esse fenômeno cria confusão, é essencial para desenvolver uma nova classificação clínica que melhorará a comunicação entre os clínicos, professores e pesquisadores. Esta nova

classificação deve ser simples de aprender e ensinar, e deve incluir os tipos mais comuns de reabsorção (FUSS et al., 2003)

Consolaro (2012) classificou as reabsorções dentárias patológicas de acordo com os seguintes critérios:

- a) Superfície dentária afetada: interna, externa e interna – externa;
- b) Fase de evolução do processo: ativa, paralisada e reparada;
- c) Região dentária afetada: coronária, cervical, radicular lateral e apical;
- d) Número de dentes comprometidos: simples e múltipla;
- e) Mecanismo de ocorrência do processo: inflamatória e por substituição- após anquilose dentária.

A reabsorção externa é iniciada por células localizadas no ligamento periodontal, e a reabsorção interna por células na polpa dental. Sendo a última ocorrendo de forma relativamente rara, ocasionada geralmente após a injúria do tecido pulpar, podendo gerar comunicação da polpa com o periodonto. Já a reabsorção externa é bastante comum.

A reabsorção externa deriva de várias situações, pode ter origem fisiológica, como no processo de esfoliação dos dentes decíduos, e patológica, como em casos de movimentos ortodônticos, traumas, dentes inclusos ou ainda por inflamações, ocasionando a reabsorção inflamatória apical ou reabsorção inflamatória cervical. Pode também não apresentar causa aparente quando nenhum fator etiológico local ou sistêmico é identificado, e nesse caso a reabsorção radicular externa é denominada idiopática (George e Miller, 1994).

Em caso de dentes avulsionados reimplantados que sofreram uma demora na intervenção ou um armazenamento do dente de forma inadequada, é comum acontecer uma reabsorção externa. Pois dessa forma ocorre uma necrose nas células do

ligamento periodontal, fazendo com que o dente se torne um corpo estranho, gerando uma reabsorção.

No tratamento ortodôntico, os dentes mais afetados com a reabsorção externa são os superiores anteriores, principalmente em casos de pacientes que extraíram os pré-molares, devido a distância da movimentação durante o tratamento. Movimentação ortodôntica de dentes com alteração na forma da raiz há maior probabilidade de sofrer reabsorção externa.

Fatores que podem ser associados a reabsorção externa: cistos, clareamento intracoronário de dentes despulpado, enxerto de fenda alveolar, forças mecânicas excessivas (tratamento ortodôntico), forças oclusais excessivas, inflamação perirradicular, pressão por dentes impactados, reimplante dentário, tratamento periodontal, trauma dentário e tumores (NEVILLE et al., 2004).

Segundo Cohen et al. (2011) Na reabsorção Radicular inflamatória externa, a polpa necrótica infectada fornece estímulos para a inflamação periodontal no espaço ligamentar, Se o cimento for lesado, os estimuladores inflamatórios no espaço pulpar são capazes de se difundir através dos túbulos dentinários e estimular uma resposta inflamatória em grandes áreas do ligamento periodontal. Devido à falta de proteção do cimento, a inflamação periodontal incluirá a reabsorção radicular, assim a reabsorção óssea esperada.

A reabsorção radicular na maior parte dos casos é descoberta por um achado radiográfico, pois é a forma mais segura da confirmação do diagnóstico. A utilização de radiografia periapical para obter um diagnóstico é bem comum, porém em alguns casos, dependendo do estágio de evolução da reabsorção, ainda não é possível ter uma visualização precisa, sendo necessário o uso da tomografia computadorizada de feixe cônico.

Na reabsorção externa é observado maior espessura na lâmina dura, espessamento do espaço do ligamento periodontal irregular e aumento local da densidade óssea (Consolaro, 2005). Podendo aparecer em qualquer parte da raiz, é

identificada como uma área radiolúcida ao redor do dente envolvido. Apresenta uma radiotransparência menos definida e com variações de intensidade. (NEVILLE et al., 2004).

Na reabsorção radicular interna verifica-se um espaço radiolúcido ocupado pela polpa numa altura determinada e variável da câmara pulpar ou do canal radicular, com forma típica de uma ampola de bordas regulares e arredondadas. Enquanto que a reabsorção externa mantém o contorno pulpar da pré-dentina e a imagem radiográfica gerada corresponde exatamente ao delineamento do canal radicular que se superpõe e sobressai sobre área irregular desta reabsorção externa (CONSOLARO, 2005).

Se ocorrer dificuldade em distinguir entre reabsorção externa e interna, a técnica mesial-vestibular-distal pode ser usada por meio de duas exposições radiográficas: uma perpendicular e outra mesial (objetos próximos à fonte de radiação serão movimentados distalmente). Com esta técnica, os locais de reabsorção externa parecem afastar-se do canal pulpar quando as radiografias são comparadas. Além disso, as radiografias podem revelar qual lado da raiz está afetado em casos de reabsorção externa (NEVILLE et al., 2004).

X

X

X

CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO

X

X

Paciente A.C.G., sexo feminino, 26 anos, residente na cidade de Queimados/RJ, ASA (Sociedade Americana de Cardiologia) I, compareceu a clínica odontológica da Faculdades São José(FSJ), Rio de Janeiro/RJ, para exodontia do canino supranumerário no hemiarco superior direito (elemento 13) e dos 04 terceiros molares (elementos 18, 28, 38 e 48).

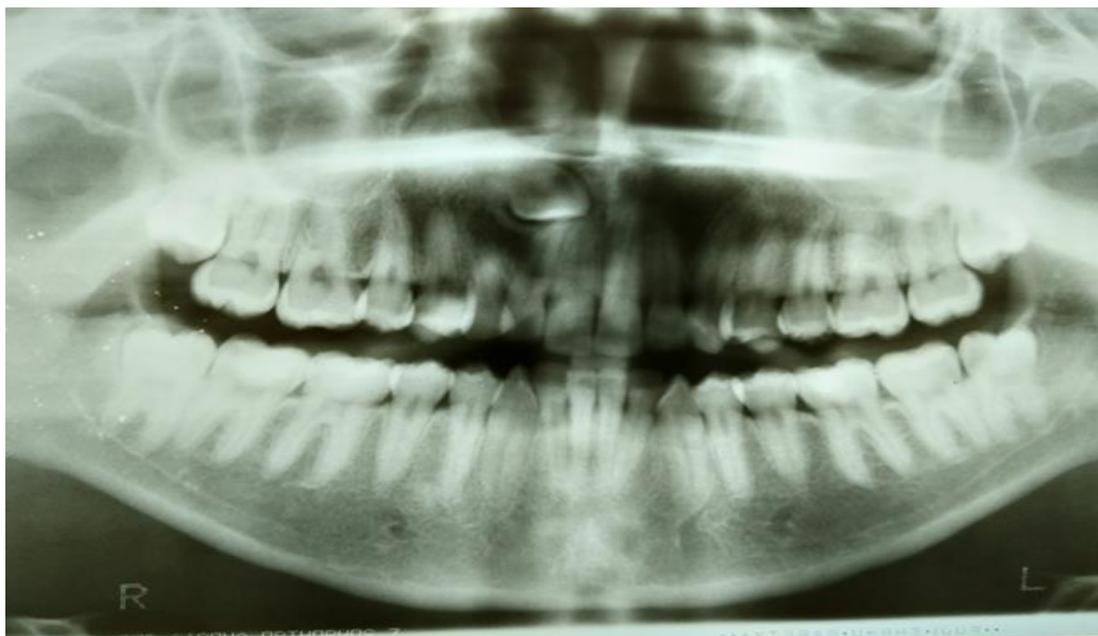


Figura 1 Raio-X Panorâmico inicial

Após a realização de tais procedimentos, feitos na atualização de cirurgia na FSJ, a paciente foi encaminhada para clínica de endodontia II, dentro da faculdade, para avaliação dos incisivos centrais superiores (elementos 11 e 21). Paciente relatava a descoloração da coroa com aparência rósea do elemento 11 e sendo assintomático. Feito teste de vitalidade a frio, com ENDO-ICE, nos incisivos superiores centrais e laterais (elementos 12, 11, 21 e 22), o elemento 11 não respondeu ao teste a frio, já tendo passado 02 meses da exodontia do elemento 13.

No exame radiográfico periapical verificou que o elemento 11 apresentava área radiolúcida unilocular extensa de bordas irregulares na área de ápice, e em diferentes alturas da raiz com perda de lâmina dura, com destruição da cortical óssea sugestivo de reabsorção por pressão.

Imagem da TC exibindo a Reabsorção

O tratamento endodôntico foi iniciado depois de confirmada a necrose pulpar, realização do plano de tratamento e montagem da mesa. Foi realizada a cirurgia de acesso do dente sem anestesia, após foi feita anestesia local infiltrativa na vestibular e palatina, administrando Mepivacaína a 2% com epinefrina 1:100.000 (MEPIADRE DFL).

Figura 2 Tomografia Computadorizada da Reabsorção

Sob isolamento absoluto foi realizado o término da abertura coronária do elemento 11 com broca 1012 HL, em seguida feito forma de contorno com Zekrya e exploração inicial da embocadura do canal com sonda exploradora nº 47 reta.



Figura 4 Determinação do Comprimento de Trabalho



Figura 3 Raio-X inicial do TTO endodôntico

Logo após, foi feito pré-alargamento cervical usando a sequência de brocas Gates Gliden 4, 3, 2 a partir de 16mm (método mecânico) e hipoclorito de sódio a 2,5% (método químico), feito odontometria com

localizador apical Propex Pixi (Dentspy), onde foi encontrado Comprimento de Trabalho(CT) de 19mm devido a reabsorção apical lateral.



Em seguida feita secagem do canal com cones de papel, colocado Medicação Intracanal (MIC) de Pasta de Hidróxido de Cálcio e Glicerina (HG) com o uso de Lentulo no interior do canal radicular e curativo com obturador provisório Cotosol.

*Figura 5*Ultracal (Pasta de Hidróxido de Cálcio e Glicerina)

Após 7 dias realizada a retirada do material obturador e retirada da pasta de Hidróxido de Cálcio e Glicerina, em seguida batente apical com lima #70 no Comprimento de Trabalho de 19 mm.



Foram realizadas trocas semanais de Medicação intracanal (Hidróxido de Cálcio e Glicerina) do dia 05/05/2018 até o dia 15/06/2018, e feito selamento provisório com Ionômero de Vidro Restaurador Maquira R A2 para aguardar regressão da lesão.

*Figura 6*Radiografia Periapical acompanhamento da lesão



Figura 7 Agregado Trióxido Mineral MTA Repair

Aproximadamente 90 dias após a última troca de Medicação Intracanal (MIC) de Pasta de Hidróxido de Cálcio e Glicerina (HG), foi realizada a radiografia periapical, onde foi observada a regressão da lesão e início do reparo tecidual. Então foi feita troca de Medicação Intracanal (Hidróxido de Cálcio e Glicerina) para estabilização do PH do meio, e após uma semana foi feita a troca por Hidróxido de Cálcio Ultracal XS Kit – Ultradent por ser radiopaco e ter elevado nível de PH, e feito curativo com obturador provisório Cotosol e e feito selamento provisório com Ionômero de Vidro Restaurador Maquira R A2.

Raio -x final

Após 21 dias da última sessão foi feita retirada do Hidróxido de Cálcio Ultracal e colocação no ápice do Agregado de Trióxido Mineral (MTA) Repair, feito descontaminação com hipoclorito a 5%, em seguida preparado MTA de acordo com recomendações do fabricante, levado ao canal radicular em pequenas porções através de um porta MTA, e condensado com calcador de

Figura 8 Raio-x final após obturação endodôntica

Paiva número 2 e lima K #70 com um algodão na sua ponta até a obtenção de um plug apical de mais ou menos 3 mm e, seguida feita restauração com Resina Composta.

Tc ainda por ser realizada

Figura 9 Tomografia de Controle realizada 6 meses após término do tratamento

A paciente retornou à FSJ para avaliação clínica e radiográfica do elemento 11, para preservação e acompanhamento radiográfico do mesmo, o qual apresentou-se íntegro, sem alteração de cor e sem sensibilidade dolorosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

X

X

Devem ser fundamentadas nos resultados, contendo deduções lógicas que correspondam aos objetivos do tema proposto, e às expectativas propostas pelo autor na introdução do trabalho. Tecnicamente, a conclusão é a resposta aos objetivos propostos da introdução do trabalho e, quando for o caso, deve apontar a relação entre os fatos verificados na pesquisa e teoria; evidenciar as conquistas alcançadas no estudo, indicar as limitações e reconsiderações, contribuindo com a comunidade científica, apresentando sugestões tanto de possíveis aplicações do estudo, quanto de futuros trabalhos a serem desenvolvidos.

É pertinente lembrar que trata-se de um texto voltado ao desfecho de todos os pontos discutidos no trabalho. Pressupõe uma observação consciente sobre os pontos capitais da pesquisa (tema, problema, hipótese — se houver — e metodologia) em relação aos resultados alcançados pelo pesquisador. É o texto que vai evidenciar se os objetivos traçados pelo pesquisador foram atingidos, se as fontes consultadas corresponderam positivamente às necessidades de fundamentação dos argumentos lançados e se os procedimentos por ele (pesquisador) utilizados surtiram o efeito esperado. Compõe aproximadamente 10% do trabalho.

X

X

REFERÊNCIAS

X

X

Nascimento GJF, Emiliano GBG, Silva IHM, Carvalho RA, Galvão HC. Mecanismo, classificação e etiologia das reabsorções radiculares. **Rev Fac Odontol** Porto Alegre. 2006;47(3):17-22.

Consolaro A. **Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas**. 3ª ed. Maringá: Dental Press; 2012. p 40.

Medeiros PJ. **Cirurgia dos dentes inclusos: extração e aproveitamento**. São Paulo: Santos; 2003. P 25.

SOUSA, Nielsen Barros et al . Agregado de trióxido mineral e uso como material retro-obturador em cirurgia paraendodôntica. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro , v. 71, n. 2, dez. 2014.

Isabella G. et al. **Tratamento da Reabsorção Externa Via Canal Radicular: Relato de dois casos clínicos**. <http://www.iesposgraduacao.com.br>

Nascimento GJF, Emiliano GBG, Silva IHM, Carvalho RA, Galvão HC. Mecanismo, classificação e etiologia das reabsorções radiculares. **Rev Fac Odontol** Porto Alegre. 2006;47(3):17-22.

Consolaro, Alberto and Graziella Bittencourt. "Why not to treat the tooth canal to solve external root resorptions? Here are the principles!" **Dental press journal of orthodontics** vol. 21,6 (2016): 20-25.

Rise C. , Joana E. , Kelly R., Omar F. Técnicas auxiliares na esfoliação de dentes decíduos em crianças com medo e ansiedade Relato de casos **Journal of Dentistry and Public Health (Dentistry)** Vol 7, No 2 (2016)

HAAPASALO, M. and ENDAL, U. (2006), Internal inflammatory root resorption: the unknown resorption of the tooth. **Endodontic Topics**, 14: 60-79. doi:10.1111/j.1601-1546.2008.00226.x

Fuss Z, Tsesis I, Lin S. Root resorption diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. **DentTraumatol** 2003; 19:175-182. Blackwell Munksgaard, 2003

NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; (2009): 64-69

HAAPASALO, M. and ENDAL, U. (2006), Internal inflammatory root resorption: the unknown resorption of the tooth. **Endodontic Topics**, 14: 60-79. doi:10.1111/j.1601-1546.2008.00226.x

Fuss Z, Tsesis I, Lin S. Root resorption ^ diagnosis, classification and treatment choices based on stimulation factors. **DentTraumatol** 2003; 19:175-182. Blackwell Munksgaard, 2003

Consolaro A. **Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas**. 3ª ed. Maringá: Dental Press; 2012. p 40

Andreasen JO. External root resorption: its implication in dental traumatology, paedodontics, periodontics, orthodontics and endodontics. **Int Endod J**. 1985; 18: 109-18

Feiglin B. Root resorption. **Aust Dent J**. 1986; 31: 12-22.

Gartner AH, Mack T, Somerlott RG, Walsh LC. Differential diagnosis of internal and external root resorption. **J Endodon**. 1976; 2: 29-34

George Jr D I, Miller R L. Idiopathic resorption of teeth: report of cases. **Am J Orthod**. 1994; 89: 13-20 p

Stock CJR. **Calcium hydroxide: Root resorption and perio-endo lesions**. Br Dent J. 1985; 158: 325-34

Consolaro A. **Reabsorções dentárias nas especialidades clínicas**. 2.ed. Maringá, PR: Dental Press, 2005. 736 p e 616 p

NEVILLE, B.W.; ALLEN, C.M.; DAMM, D.D.; et al. **Patologia: Oral & Maxilofacial**. 2ª edição Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004: 58-60 p

APÊNDICES E ANEXOS

X

X

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Raio-X Panorâmico inicial	12
Figura 2 – Tomografia Computadorizada da Reabsorção	12
Figura 3 – Raio-X inicial do TTO endodôntico	12
Figura 4 – Determinação do Comprimento de Trabalho	12
Figura 5 – Ultracal (Pasta de Hidróxido de Cálcio e Glicerina)	12
Figura 6 – Radiografia Periapical acompanhamento da lesão	12
Figura 7 – Agregado Trióxido Mineral MTA Repair	12
Figura 8 – Raio-x final após obturação endodôntica	12
Figura 9 – Tomografia de Controle realizada 6 meses após término do tratamento.....	12

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: TRATAMENTO DE REABSORÇÃO EXTERNA VIA CANAL RADICULAR: RELATO DE CASO

Nome dos Pesquisadores: IGOR RAMOS JULIANO

Nome do Orientador: ALIA REGINA PORTO

1. **Natureza da pesquisa:** a (o) sra (sr.) está sendo convidada (o) a permitir que o seu caso clínico (sua doença) seja publicado pelos pesquisadores acima mencionados, na forma de relato de caso.
2. **Participantes da pesquisa:** a (o) sra. (sr.) é a (o) única (o) participante deste trabalho.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo a (o) sra. (sr) permitirá que os pesquisadores acima publiquem os dados sobre o seu caso clínico (sua doença). A (o) sra. (sr.) tem liberdade de se recusar a permitir que seu caso seja publicado e ainda se recusar a continuar participando até que o trabalho seja publicado, sem qualquer prejuízo para a (o) sra. (sr.). Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre este trabalho através do telefone dos pesquisadores.
4. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. O (a) sr. (sra.) não será submetido a nenhum risco ou desconforto durante a pesquisa, pois apenas será relatado o que já aconteceu sobre sua doença. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Esta pesquisa não oferece riscos à sua dignidade.
5. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente os pesquisadores e o orientador terão conhecimento dos dados.
6. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a (o) sra. (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre Tratamento de Reabsorção Externa Via Canal Radicular, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa ser apresentado na forma de Trabalho de Conclusão de Curso, onde pesquisador se compromete a divulgar o (s) caso (s) clínico na literatura científica.
7. **Pagamento:** a (o) sra. (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para permitir o relato de seu caso clínico. Portanto preencha, por favor, os itens que se

seguem: Confiro que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a divulgação de meu caso clínico.

Obs.: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, ANA CAROLINE SOUZA NASCIMENTO, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Ana Caroline Souza Nascimento
Assinatura do Participante da Pesquisa

Igor Ramos Juliano
Assinatura do Pesquisador

Alia Regina Porto
Assinatura do Orientador

Pesquisador: IGOR RAMOS JULIANO Telefone: (021) 96979-1126

Orientador: ALIA REGINA PORTO Telefone: (021) 98855-8819