**Reabsorção cervical externa: relato de caso**

**External cervical resorption: case report**

DOI:10.34119/bjhrv5n4-142

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

**Beatriz Rebêlo Costa**

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: beatriz-rebelo-costa@hotmail.com

**Wynie Monique Pontes Nicácio**

Pós-Graduanda em Endodontia

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: moniquenicacio@hotmail.com

**Cilmara Perrotti Santos**

Graduanda em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: cilmaraperrotti@hotmail.com

**Anna Carolina de Campos Magano**

Pós-Graduada em Endodontia

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: annacarolinamagano@hotmail.com

**Samara Verçosa Lessa**

Mestre em Odontologia

Instituição: Centro Universitário Cesmac

Endereço: Rua Cônego Machado, 984, Farol, Maceió - AL

E-mail: samara\_lessaa@hotmail.com

**RESUMO**

A reabsorção cervical externa é considerada uma patologia inflamatória rara e de origem desconhecida caracterizada pela invasão da região cervical por tecido de granulação que progressivamente reabsorve tecido dentário até atingir o tecido pulpar. O presente estudo visou relatar um caso clinico do elemento dentário 23 acometido por reabsorção cervical externa, sua conduta terapêutica e a proservação no período de 4 meses de acordo com a aprovação das normas da Plataforma Brasil - CAAE nº. 14056919.5.0000.0039. O elemento 23 foi diagnosticado como reabsorção cervical externa classe 1 através de uma tomada radiográfica periapical, a opção terapêutica foi a cirurgia para a remoção do tecido de granulação invaginado no defeito radicular associada ao tratamento restaurador. Por se tratar de uma classe 1 de Heithersay (1999), não houve comprometimento pulpar. Para proteger indiretamente o complexo pulpar foi utilizado MTA HP repair (ANGELUS®) e como material restaurador, foi utilizado cimento de ionômero de vidro, sendo realizado acompanhamento clínico e radiográfico durante quatro meses. A reabsorção cervical externa representa um desafio clínico para a endodontia. O acompanhamento de pacientes que apresentam fatores predisponentes e o diagnóstico precoce são de grande importância para o sucesso do tratamento e manutenção do elemento dentário na boca e em função.

**Palavras-chave:** reabsorção de dente, diagnóstico por imagem, endodontia.

**ABSTRACT**

External cervical resorption is considered a rare inflammatory pathology of unknown origin characterized by the invasion of the cervical region by granulation tissue that progressively resorbs dental tissue until reaching pulp tissue. The present study aimed to report a clinical case of tooth 23 affected by external cervical resorption, its therapeutic management and preservation in a period of 4 months according to the approval of the norms of Plataforma Brasil - CAAE nº. 14056919.5.0000.0039. Element 23 was diagnosed as class 1 external cervical resorption through a periapical radiography, the therapeutic option was surgery to remove the invaginated granulation tissue in the root defect associated with restorative treatment. As it is a class 1 of Heithersay (1999), there is no pulp involvement. To indirectly protect the pulp complex, MTA HP repair (ANGE-LUS®) was used and as a restorative material, glass ionomer cement was used, with clinical-radiographic follow-up for four months. External cervical resorption represents a clinical challenge for endodontics. The follow-up of patients with predisposing factors and early diagnosis are of great importance for the successful treatment and maintenance of the dental element in the mouth and in function.

**Keywords:** tooth resorption, imaging diagnostics, endodontics.

**1 INTRODUÇÃO**

A reabsorção radicular é caracterizada pela perda de estrutura dentária resultada da ação das células odontoclásticas. Em dentes decíduos, apresenta-se uma resposta fisiológica normal, resultando na esfoliação dos mesmos e na substituição pelos dentes permanentes. Entretanto, o processo de reabsorção radicular na dentição permanente tem origem patológica. Diferentemente do osso alveolar que sofre remodelação fisiológica ao longo da vida, a reabsorção radicular na dentição permanente é um processo patológico que se não diagnosticado e tratado, pode resultar na perda prematura dos dentes acometidos. Muitas vezes é de natureza agressiva, resultando em perda significativa de estrutura dentária (HEITHERSAY, 2004; SILVA et al., 2010; MARTOS et al., 2010; YILMAZ, KALENDER, CENGIZ, 2010; CONSOLARO, 2016, PATEL et al., 2018).

Existem inúmeras classificações e nomenclaturas para os diferentes tipos de reabsorção radicular, como: reabsorção radicular inflamatória, quando está associada a uma infecção e a reabsorção radicular por substituição, quando está relacionada à anquilose, e ambas podem ocorrer tanto interna como externamente, embora a combinação de dois tipos possa ocorrer em um mesmo elemento dentário. Assim a reabsorção dentária externa por sua vez pode ser dividida em: superficial, origem inflamatória, por substituição, cervical externa e lesão apical transitória (PATEL, FORD, 2017; PATEL, KANAGASINGAM, FORD, 2009).

Os fatores predisponentes geralmente são as injúrias dentárias traumáticas, cáries, patologias pulpares e restaurações muito próximas à polpa dentária (CONSOLARO et al*.*, 2016). De acordo com Consolaro (2016), mesmo havendo proximidade com o tecido pulpar ou até mesmo quando ocorrem internamente pela estrutura da própria polpa, as reabsorções radiculares são assintomáticas, pois a quantidade de mediadores químicos é insuficiente para ocasionar dor ou desconforto ao paciente.

A reabsorção cervical externa (RCE) foi, em estudos anteriores, considerada como um tipo de reabsorção radicular inflamatória progressiva relacionada à infecção bacteriana. Porém, nos últimos anos, achados histopatólogicos indicaram que elas possuem características distintas uma da outra. Por exemplo, a reabsorção cervical externa inicia-se na face cervical do dente, a qual está abaixo da inserção epitelial, reabsorvendo progressivamente cemento, dentina e esmalte, constituindo múltiplos ductos de reabsorção em direção apical, já a inflamatória pode ocorrer em qualquer seção da raiz (CHEN et al., 2021; SARMENTO et al., 2020).

A reabsorção cervical externa ou reabsorção cervical invasiva é o resultado de uma reação inflamatória do ligamento periodontal de origem microbiana advindo do sulco gengival ou até mesmo do sistema de canais radiculares. Particularmente, ela é definida pela invasão da região cervical da raiz por tecido de granulação, que progressivamente reabsorve as estruturas dentárias até atingir o tecido pulpar (HEITHERSAY, 2004; SILVA et al., 2010; MARTOS et al., 2010; YILMAZ, KALENDER, CENGIZ, 2010; LOPES & SIQUEIRA, 2015).

Dentre os elementos dentários que são predominantemente acometidos pela RCE temos: os incisivos centrais superiores, seguidos pelos caninos superiores, incisivos laterais superiores, primeiro molar inferior e superior, e não há relação com o sexo do paciente portador dessa patologia (HEITHERSAY, 1999; MAVRIDOU et al., 2017).

A etiologia da RCE ainda é de origem desconhecida, porém alguns fatores locais predisponentes têm sido relacionados. Estes são: a doença periodontal e seu tratamento, tratamento ortodôntico e o clareamento externo e interno, além de defeitos de desenvolvimento na junção amelocementária, que foram considerados um dos principais fatores (GIJÓN et al., 2016; CHEN et al., 2021). O trauma dental, seja acidental ou induzido por procedimento cirúrgico, também é um fator que pode levar a dano no tecido duro da região cervical e predispor o desenvolvimento da RCE (CONSOLARO et al., 2014). A anomalia durante a odontogênese, resultando em um espaço entre a deposição de esmalte e cemento na junção amelocementária, deixando assim essa região vulnerável a agressão dos agentes químicos e físicos, é um importante fator (MAVRIDOU et al., 2016). E quando não há fatores predisponentes que justifiquem a origem, a mesma é considerada uma reabsorção idiopática (HEITHERSAY, 1999; ARGYRIS et al., 2017). Apesar do número crescente de fatores de risco citados em estudos, a correlação entre eles e a ocorrência da reabsorção cervical externa permanece indefinida, apesar desses fatores fornecerem uma referência para a prevenção e diagnóstico precoce (CHEN et al., 2021).

HEITHERSAY (1999) propôs uma classificação clínica para a RCE levando em consideração a mensuração de perda estrutura dentária, e dividiu em quatro tipos:

1. Classe 1: lesão pequena e superficial na região cervical;
2. Classe 2: lesão invasiva e definida que penetra em dentina e atinge a câmara pulpar, mas não se estende para região radicular;
3. Classe 3: lesão profunda envolvendo a dentina coronária e do terço coronário radicular;
4. Classe 4: lesão grande, invasiva que se estende além do terço coronário da raiz.

A RCE geralmente não apresenta sinais clínicos e, na maioria das vezes, é identificada através exames radiográficos de rotina portando-se como uma lesão radiolúcida no terço cervical radicular (SOUZA et al., 2017), não apresenta sintomatologia dolorosa e não induz a alterações pulpares, por isso o elemento dentário acometido pela RCE responde de forma positiva aos testes de vitalidade pulpar (CONSOLARO et al*.*, 2014). Avanços recentes nas medidas de avaliação clínica, como o uso da tomografia computadorizada de feixe cônico forneceram informações adicionais sobre a natureza dessa lesão (CHEN et al., 2021)

O tratamento dessa lesão pode depender de diversos fatores, como a sua localização, a gravidade em que a lesão se encontra e o estado das estruturas dentárias remanescentes. Se a lesão de reabsorção se estender para a polpa, o tratamento envolveria a endodontia e uma subsequente restauração (HOWAIT et al., 2021). Entretanto, estudos relatam que o prognóstico é difícil de prever, pois apenas a eliminação do fator causador muitas vezes não é suficiente, sendo necessária a eliminação completa do tecido reabsortivo para interromper o processo (RABINOVICH et al., 2022)

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo, por meio do relato de um caso clínico, expor o diagnóstico de dentes portadores de RCE, bem como a escolha da conduta entre as diversas modalidades terapêuticas e seus respectivos prognósticos.

**2 RELATO DE CASO**

Paciente com 32 anos, do sexo masculino, compareceu ao consultório odontológico de um dos autores apresentando a seguinte queixa: “Doutora disseram que eu tinha que extrair meu dente”. O paciente se referia ao elemento 23, que foi encaminhado para uma avaliação protética.

Durante a anamnese, o paciente relatou não ter alergia, inclusive a medicamentos, não possuía hábitos parafuncionais, referiu ainda estar sob acompanhamento médico por ser diabético tipo 2 (não insulino dependente) e ter hipertensão arterial, ambas controladas por meio de dieta e de medicamentos.

Figura 1 - Recessão gengival do elemento 23 com reabsorção cervical externa.



Fonte: Dados da pesquisa

Ao realizar o exame clínico intraoral, foi constatado a presença de uma recessão gengival de três milímetros, na face vestibular do elemento dentário 23 com perda de estrutura dentária e invaginação de tecido de granulação (**Figura 1)**. No exame radiográfico foi observada uma área radiolúcida no terço cervical da raiz, ausência de cárie dentária e ausência de alterações no periodonto apical (**Figura 2)**. A lima presente na imagem foi utilizada para verificar se havia comunicação radicular da RCE. Esse procedimento foi realizado, pois o paciente se recusou, por motivos pessoais, a realizar a tomografia computadorizada solicitada como método de escolha para diagnóstico da reabsorção.

Figura 2 – Radiografia periapical do elemento 23.



Fonte: Dados da pesquisa

O paciente em questão foi submetido a uma profilaxia com pasta profilática para avaliar a presença ou ausência de bolsa periodontal no elemento 23 **(Tabela 1)**. Após a realização dos exames clínicos, anamnésicos e periodontograma, concluiu-se a presença de um fator determinante, trauma dentário, pois o paciente relatou ter sofrido um acidente automobilístico há cerca de três anos, podendo este ter colaborado para o surgimento dessa reabsorção cervical externa.

Tabela 1- Registro do periodontograma do elemento 23

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dente | Face |  | 41 |  |
|  |  | Distal | Mediano | Mesial |
| Sangramento | Vestibular |  | Ausente |  |
| Posição Margem Gengival | Vestibular | 1 mm | 1,5 mm | 1 mm |
| Profundidade Sondagem Vertical | Vestibular | 2 mm | 1 mm | 3 mm |
| Nível Clínico Inserção | Vestibular | 3 mm | 2,5 mm | 4 mm |
| Sangramento | Lingual | Ausente | Ausente | Ausente |
| Posição Margem Gengival | Lingual | 0 mm | 0 mm | 0 mm |
| Profundidade Sondagem Vertical | Lingual | 2 mm | 1 mm | 3 mm |
| Nível Clínico Inserção | Lingual | 2 mm | 1 mm | 3 mm |
| Mobilidade |  |  | Ausente |  |

Fonte: Dados da pesquisa.

O paciente foi informado sobre a possibilidade de preenchimento radicular desta região com um material que impeça a penetração de células clásticas e seja biocompatível com o tecido periodontal, sendo este um meio possível de tratar a RCE classe 1 de Heithersay, melhorar o comprometimento estético, assim como aumentar a faixa de tecido queratinizado. Concordando com a intervenção cirúrgica, o mesmo assinou um termo de consentimento, bem como a autorização para a realização do presente relato de caso (disponível nos anexos) e assim foi desenvolvido um plano de tratamento **(Tabela 2)**.

Tabela 2 - Plano de tratamento inicial (pré-operatório).

|  |  |
| --- | --- |
| **Sessões** | **Plano de Tratamento** |
| **1ᵃ Sessão** | Cirurgia de preenchimento radicular no elemento 23, portador de reabsorção cervical externa + Cimento cirúrgico |
| **2ᵃ Sessão** | Remoção do cimento cirúrgico após 7 dias |
| **3ᵃ Sessão** | Remoção da sutura após 14 dias e início do período decontrole radiográfico |

Fonte: Dados da pesquisa

Com a verificação da saúde sistêmica, sendo confirmado com a realização do exame de glicemia capilar 124 mg/dl, assim como de alterações significativas na cavidade oral, executou-se o procedimento cirúrgico e o preenchimento radicular do elemento dentário 23. Antes deste procedimento, foi aferida a pressão arterial (130/80mmHg). Em seguida, foi realizado bochecho com digluconato de clorexidina a 0,12% (PerioGard®/Brasil), utilizando 15ml durante 1 minuto e antissepsia com polvidine degermante 10% (Riodeine®/Brasil), seguido de anestesia do nervo alveolar superior anterior, utilizando cloridrato de lidocaína 2% com adrenalina 1:100.000 (Alphacaine100®/Brasil).

2.1 ATO CIRÚRGICO

**1. Incisão:** utilizando uma lâmina n°15 (Free-Bac®/China), montada em cabo de bisturi n°3 (Golgran®/Brasil), foi realizada uma incisão vertical parapapilar partindo da gengiva marginal até linha mucogengival, seguida de uma incisão oblíqua mesializada (na direção da reabsorção cervical externa) atingindo a mucosa alveolar, com o intuito de evitar tensões na base do retalho. Na mesio-vestibular do mesmo elemento, foi realizada uma incisão vertical partindo da gengiva marginal até a linha mucogengival. Assim, foi delimitada uma área trapezoidal para a criação de um retalho de espessura total.

**2. Debridamento:** realizou-se com bisturi o debridamento do epitélio da papila mesio-vestibular do elemento 23**.** Em seguida, foi utilizado o gengivótomo de Kirkland 15-16 (Golgran®/Brasil) com a parte mais larga “calcanhar do bisturi”. Foram realizados movimentos de distal para mesial partindo da gengiva marginal até a linha mucogengival, com o objetivo de expor o tecido conjuntivo ao meio bucal. Finalizando o debridamento, foi utilizada a tesoura de Goldman Fox (Golgran®/Brasil) para a remoção das irregularidades do tecido gengival, como rebarbas.

**3. Desinserção do retalho:** para obter o retalho de espessura total, foi necessária a utilização do gengivótomo de Orban 1-2 (Golgran®/Brasil), descolador de Molt (Golgran®/Brasil) e bisturi. O retalho foi então movimentado onde ocorreu de forma passiva, não apresentando tensão ou resistência, uma característica considerada fundamental para a nutrição, fixação e estabilidade do tecido gengival.

**4. Remoção do tecido de granulação:** Com o auxílio da cureta de Lucas nº 85 (Quinelato®/Brasil), aplicando um movimento de cunha em volta do tecido de granulação invaginado da cavidade formada pela reabsorção cervical externa, esse tecido foi então removido e uma irrigação com solução fisiológica foi realizada **(Figura 3)**.

Figura 3 – Remoção do tecido de granulação.



Fonte: Dados da pesquisa

**5. Selamento da superficie radicular com MTA:** devido à necessidade do preenchimento da cavidade formada pela RCE, observou-se uma proximidade com o tecido pulpar radicular, assim optou-se pelo cimento endodôntico MTA *Repair* HP (Angelus®/Brasil), pois ele promove uma reparação tecidual mais rápida **(Figura 4)**.

Figura 4 – Selamento da RCE com MTA *Repair* HP.



Fonte: Dados da pesquisa

**6. Restauração radicular com cimento de ionômero de vidro:** Por se tratar de um material restaurador eficaz nos tratamentos de RCE, o CIV foi o material de escolha para a restauração radicular, pois possui uma boa adesividade, tem biocompatibilidade, liberação de flúor e bom polimento. Em uma placa de vidro estéril foi manipulado o cimento de ionômero de vidro *Ionglass* (Maquira®/Brasil), aplicando-se com uma espátula plástica na cavidade radicular. **(Figura 5)**.

Figura 5 –Restauração com CIV



Fonte: Dados da pesquisa

**7. Sutura:** o retalho posicionado foi imobilizado por meio de sutura em suspensório na mesial do elemento 23, com o intuito de evitar o deslocamento apical e distal do retalho, seguida de sutura simples na distal do mesmo elemento, utilizando-se fio nylon 6-0 (Somerville®/Brasil).

**8. Pós-operatório imediato:** recomendou-se não mastigar no local, realizar uma dieta com alimentação líquida, pastosa e fria, assim como não escovar sobre o cimento cirúrgico. Foi prescrito medicação anti-inflamatória com efeito analgésico: Nimesulida® 100mg 12/12 horas durante 3 dias.

**9. Radiografia com 14 dias de acompanhamento:** **(Figura 6)**

Figura 6 – Radiografia com acompanhamento de 14 dias



Fonte: Dados da pesquisa

**10. Radiografia com 4 meses de acompanhamento:** **(Figura 7)**

Figura 7 – Radiografia com acompanhamento de 4 meses



Fonte: Dados da pesquisa

**3 DISCUSSÃO**

A RCE é considerada um processo inflamatório raro, bastante agressivo e que pode acometer qualquer dente permanente. A etiologia ainda não é bem definida, porém alguns fatores potencialmente predisponentes sugerem uma associação ao surgimento da RCE, como aponta a maioria dos estudos. O tracionamento ortodôntico, clareamento dental interno e o trauma dentário são os fatores mais comumente relacionados a este processo inflamatório (HEIRTHESAY, 1999; MACALOSSI et al., 2012; LOPES et al., 2015; GIJÓN et al., 2016). No caso descrito, o paciente relatou ter sofrido uma injúria traumática dentária decorrente de um acidente automobilístico e o dente 23 foi diagnosticado com reabsorção cervical externa, classe 1 de Heithersay, levantando a suspeita de que o fator predisponente possa ter sido o trauma dentário. Segundo Abbott, o trauma dental é um potencial fator predisponente para ocorrência de RCE, sendo possível atuar de forma preventiva nesses casos, sugerindo-se o tratamento endodôntico imediato após o trauma, de modo que o processo inflamatório não se estabeleça posteriormente, já que uma das causas de perda dental por RCE é o diagnóstico tardio (ABOTT, 2016).

Na literatura são encontradas inúmeras classificações aos diferentes tipos de reabsorção cervical externa, e entre elas está a classificação de Heithersay, a qual mensura a perda de estrutura dentária com ou sem envolvimento do tecido pulpar, descrevendo toda sua extensão (HEIRTHESAY, 1999; PATEL, KANAGASINGAM, FORD, 2009; MACALOSSI et al., 2012; LOPES et al., 2015; GIJÓN et al., 2016; LIBONATI et al., 2017; PATEL, FORD, 2017). Em consonância com a literatura pesquisada, no presente estudo a classificação de escolha foi a de Heithersay.

 Na maioria dos casos, as RCE são diagnosticadas em tomadas radiográficas periapicais de rotina, por geralmente não apresentarem sinais ou sintomas clínicos. As tomadas radiográficas intraorais são os primeiros recursos utilizados como exames complementares e podem ser realizadas em diferentes angulações horizontais para tentar determinar qual superfície é acometida pela RCE, porém não são suficientes para determinar o diagnóstico de reabsorção cervical externa (LIBONATI et al., 2017). A tomografia computadorizada *cone-beam* fornece uma visão tridimensional e determina a extensão real dessa lesão, pois é possível visualizar o tamanho e a forma da lesão de modo mais compatível com o real, diferentemente da radiografia periapical (PATEL et al. 2017, VASCONCELOS et al., 2012; NIKNESHAN et al., 2016). Já no relato de caso, após a anamnese, contrariando os autores acima o exame complementar para o diagnóstico foi a radiografia intraoral periapical, devido a recusa do paciente e escassez de recursos disponíveis na cidade em que foi realizado o procedimento.

O tratamento da RCE depende da localização, severidade da lesão e se há envolvimento do sistema de canais radiculares (GIJÓN et al., 2016). A terapia endodôntica invasiva é, muitas vezes, indicada em casos de estágios avançados em que existe uma comunicação com o tecido pulpar. Nesses casos, o tratamento endodôntico é indicado não somente por causa da extensão da RCE, mas também para evitar contaminação pelos microrganismos por meio da reabsorção para o conduto radicular (PATEL et al., 2009). O tratamento conservador consiste na remoção do tecido de granulação que ocupa a cavidade reabsortiva, regularização das margens, secagem e posterior obturação da área com resina composta ou ionômero de vidro (PATEL et al., 2009; LOPES et al., 2015). Ahmed et al. (2014) indicam o cimento de ionômero de vidro modificado com resina, pois ele apresenta a vantagem de ambos: adesão, estética, liberação de flúor e endurecimento rápido na presença de luz. A opção terapêutica para este caso foi a combinação dos tratamentos cirúrgicos e restauradores. Discordando de Patel e colaboradores (2009), apesar da proximidade com o tecido pulpar optamos por não realizar terapia endodôntica profilática e sim a proteção pulpar com cimento MTA seguida de proservação do caso para controle e avaliação de sucesso. Foi realizado um acesso cirúrgico para remoção do tecido de granulação seguido pela restauração do defeito radicular, assim foram utilizados o cimento MTA para a proteção pulpar indireta, pois após a remoção do tecido de granulação não houve exposição do tecido pulpar, e o cimento de ionômero de vidro restaurador, concordando com Ahmed e colaboradores (2014).

O prognóstico também é afetado pelo diagnóstico tardio da lesão. Isso ocorre devido a característica assintomática da RCE e pela dificuldade da detecção de lesões classe 1 e 2 que muitas vezes são confundidas com lesões cariosas em radiografias de rotina (SALZANO, TIRONE, 2015). Na reabsorção, as paredes de dentina são firmes e brilhantes, implicando no diagnóstico diferencial com processos cariosos (LOPES et al., 2015). Shemesh et al. (2017), em seu estudo relatou quatro casos de classe 4 nos quais utilizou técnica minimamente invasiva realizada por meio do canal radicular, baseada na dissolução orgânica do hipoclorito de sódio e hidróxido de cálcio aliados ao preparo químico mecânico para descontaminar o canal e remover o tecido de granulação. O acompanhamento de pacientes suscetíveis ao desenvolvimento de RCE (que já sofreram trauma) e monitoramento radiograficamente ou com tomografias ao longo da vida é essencial, já que a RCE pode surgir semanas, meses ou anos após a agressão. Sendo importante, assim, a detecção precoce dessas lesões cervicais e o tratamento imediato para garantir a permanência do dente em boca (YOSHPE et al., 2020). Tratamentos de RCE já realizados também devem ser proservados para analisar o grau de sucesso (SILVA, GESTEIRA, 2015). O presente estudo tratava-se de uma classe 1, diagnosticada precocemente pela procura do paciente à assistência bucal para os cuidados com saúde oral, e o prognóstico para este caso foi considerado favorável. Os acompanhamentos clínico e radiográfico têm fundamental importância para avaliar os parâmetros de sucesso ou insucesso no tratamento proposto. O caso descrito foi acompanhado por 4 meses, onde o elemento dentário se apresentava com características de normalidade, assintomático e em função na cavidade oral.

**4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A reabsorção cervical externa representa um desafio clínico para a endodontia. O acompanhamento de pacientes que apresentam fatores predisponentes, o diagnóstico precoce e a proservação de casos já concluídos são de suma importância para o sucesso do tratamento e manutenção do elemento dentário na boca em função. O tratamento conservador das reabsorções cervicais é possível com base na literatura e deve ser sempre considerado como primeira opção antes da indicação de exodontia.

**REFERÊNCIAS**

ABBOTT, P. V. Prevention and management of external inflammatory resorption following trauma to teeth. **Aust Dent J,** 61 Suppl 1:82-94, mar. 2016.

AHMED, N. et al. External cervical resorption case report and a brief review of literature. **Journal of natural science, biology, and medicine,** Índia, v. 5, n. 1, p. 210, jan./jun. 2014.

ARGYRIS, P. P.; KOUTLAS, I. G. Orthokeratinized Odontogenic Cyst with an Associated Keratocystic Odontogenic Tumor Component and Ghost Cell Keratinization and Calcifications in a Patient with Gardner Syndrome. **Head and neck pathology,** Minneapolis, v. 11, n. 2, p. 240-248, jun. 2017.

CHEN, Y.; HUANG, Y.; DENG, X. A Review of External Cervical Resorption. **J Endod,** 47(6):883-894, jun. 2021.

CONSOLARO, A. et al. The clinical meaning of external cervical resorption in maxillary canine: transoperative dental trauma. **Dental press journal of orthodontics**, Maringá, v. 19, n. 6, p.19-25, nov./dez. 2014.

CONSOLARO, A. External cervical resorption: diagnostic and treatment tips. **Dental press journal of orthodontics,** Maringá, v. 21, n. 5, p. 19-25, set./out. 2016.

CONSOLARO, A.; BITTENCOURT, G. External root resorption: root canal treatment is not recommended. **Dental Press Endod,** Maringá, v.6, n.3, p.7-11, set./dez. 2016.

GIJÓN, V. R. et al. Aetiological, histopathological, clinical, diagnostic and therapeutical features of idiopathic cervical resorption. **Dental update,** Granada, v. 43, n. 10, p. 964-970, nov. 2016.

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

HEITHERSAY, G. S. Invasive cervical resorption. **Endodontic Topics,** Denmark, v. 7, n. 1, p. 73-92, mar. 2004.

HOWAIT, M. et al. External Cervical Resorption: A Case Report and Brief Review of the Literature, and Treatment Algorithms. **J Contemp Dent Pract,** 1;22(3):298-303, mar. 2021.

LIBONATI, A. et al. External Cervical Resorption: a case report. **European journal of paediatric dentistry: official journal of European Academy of Paediatric Dentistry,** Rome, v. 18, n. 4, p. 296-298, dez. 2017.

LOPES, H.P., SIQUEIRA Jr., J.F., RÔÇAS, I. N. Reabsorções dentárias. In: Endodontia biologia e técnica. **Elsevier,** Rio de Janeiro, 4 ed., cap. 24, 2015.

MACALOSSI, J. M. S. et al. Etiologia, diagnóstico e tratamento da reabsorção cervical externa: revisão de literatura. **Odonto São Bernardo do Campo,** Curitiba, v.20, n.39, p. 71-80, jun. 2012.

MARTOS, J. et al. Internal root resorption in the maxillary central incisor. **Revista sul-brasileira de odontologia,** Joinville, v. 7, n. 2, p. 239-243, jun. 2010.

MAVRIDOU, A. M. et al. Descriptive analysis of factors associated with external cervical resorption. **Journal of endodontics,** Leuven, v. 43, n. 10, p. 1602-1610, out. 2017.

MAVRIDOU, A. M. et al. Understanding external cervical resorption in vital teeth. **Journal of endodontics,** Leuven, v. 42, n. 12, p. 1737-1751, dez. 2016.

NIKNESHAN, S. et al. Effect of voxel size on detection of external root resorption defects using cone beam computed tomography. **Iranian Journal of Radiology,** Iran, v. 13, n. 3, p.1-9, jul. 2016.

PATEL, S. et al. External cervical resorption: a review. **Journal of endodontics,** London, v. 35, n. 5, p. 616-625, maio 2009.

PATEL, S.; FORD, T. P. Is the resorption external or internal?. **Dental Update,** London, v. 34, n. 4, p. 218-229, jun. 2017.

PATEL, S., et al. External cervical resorption: a three-dimensional classification. **Int Endod J,** 51(2):206-214, fev. 2018.

RABINOVICH, I. M. et al. External cervical tooth root resorption. **Stomatologiia (Mosk),** 101(1):73-78, 2022.

SALZANO, S; TIRONE, F. Conservative nonsurgical treatment of class 4 invasive cervical resorption: a case series. **Journal of endodontics,** Italy, v. 41, n. 11, p. 1907-1912, ago. 2015.

SARMENTO, E. B. et al. Minimally invasive intervention in external cervical resorption: a case report with six-year follow-up. **Int J Burns Trauma,** 15;10(6):324-330, dez. 2020.

SHEMESH, A. et al. Minimally invasive treatment of class 4 invasive cervical resorption with internal approach: a case series. **Journal of endodontics,** Israel, v. 43, n. 11, p. 1901-1908, nov. 2017.

SILVA, E. M. et al. Etiologia e prevenção das reabsorções cervicais externas associadas ao clareamento dentário. **Revista sul-brasileira de odontologia,** Joinville, v. 7, n. 1, p. 78-89, mar. 2010.

SILVA, R. L.; GESTEIRA, M.de F. M. Reabsorção radicular cervical externa: relato de caso. **Rev. Ciênc. Méd. Biol,** Salvador, v. 14, n. 1, p. 107-112, jan./abr. 2015.

SOUZA, D. V. et al. External Cervical Resorption: A Comparison of the Diagnostic Efficacy Using 2 Different Cone-beam Computed Tomographic Units and Periapical Radiographs. **Journal of endodontics,** London, v. 43, n. 1, p.121-125, jan. 2017.

VASCONCELOS, K. F. et al. Diagnosis of invasive cervical resorption by using cone beam computed tomography: report of two cases. **Brazilian dental journal,** Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 602-607, set./out. 2012.

YILMAZ, H. G.; KALENDER, A.; CENGIZ, E. Use of mineral trioxide aggregate in the treatment of invasive cervical resorption: a case report. **Journal of endodontics,** Turkey, v. 36, n. 1, p. 160-163, jan. 2010.

YOSHPE, M.; EINY, S.; RUPAREL, N.; LIN, S.; KAUFMAN, A. Y. Regenerative Endodontics: A Potential Solution for External Root Resorption (Case Series). **J Endod,** 46(2):192-199, fev. 2020.

**ANEXOS**

ANEXO - TERMO DE COSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

