

## Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Endodontologia Porto, 10 e 11 de fevereiro de 2017

### CASOS CLÍNICOS

#### #SPE-01 Abordagem conservadora no tratamento endodôntico de dens invaginatus tipo II – Caso clínico



Ana Rita Silva\*, Inês Ferreira, Manuel Marques Ferreira,  
Irene Pina Vaz

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto;  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

**Introdução:** O *dens invaginatus* é uma malformação dentária de desenvolvimento onde ocorre uma invaginação do órgão do esmalte na papila dentária, antes da processo de calcificação estar completo. A invaginação começa na coroa e pode estender-se até a raiz. A sua etiologia é incerta, acreditando-se que alterações na pressão tecidual, traumatismos ou infeções possam estar na sua origem. Esta anomalia ocorre com maior frequência nos incisivos laterais superiores permanentes, podendo a sua prevalência variar entre 0,3% e 10%.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, de 21 anos de idade, raça caucasiana, encaminhada para a clínica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) para tentar terminar o tratamento endodôntico do dente 12. A paciente referiu sintomatologia recorrente no dente em causa, e clinicamente a coroa apresentava uma coloração acinzentada e uma forma ligeiramente conóide. Ao exame radiográfico verificou-se a presença de uma lesão radiolúcida periapical no dente 12 apresentando-se este com um canal amplo e um ápice aberto. O CBCT revelou uma radiolucência periapical de maiores dimensões do que a observada no exame radiográfico e a identificação de um *dens invaginatus* tipo II de Oehlers. Foi realizado o tratamento endodôntico convencional com colocação apical de MTA e obturação radicular com gutta-percha e o cimento AH Plus pela técnica de condensação lateral. O follow-up após 6 meses revelou uma evolução positiva no sentido da cura e ausência de sintomas.

**Discussão:** A anatomia complexa associada ao *dens invaginatus* é um desafio para o tratamento endodôntico convencional especialmente em casos com ápice aberto. Neste caso o CBCT permitiu um correto diagnóstico, e a colocação de um

stop apical com MTA evitou uma abordagem cirúrgica frequente nestas situações.

**Conclusão:** Embora se trate de uma anatomia radicular rara é importante diagnosticá-la atempadamente. O caso descrito mostra que o tratamento endodôntico não cirúrgico levou a uma boa evolução no sentido da cura da lesão periapical num curto período de tempo. As medidas profiláticas são fundamentais prevenindo o desenvolvimento da patologia pulpar. <http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.189>

#### #SPE-02 Flare-ups em endodontia – a propósito de casos clínicos.



Frederico José Gomes\*, Maria João Serpa Oliva

Centro de Medicina Dentária da Sanfil/Chsf; Faculdade de  
Medicina de Coimbra

**Introdução:** Um *flare up* é um episódio indesejado que se caracteriza pelo aparecimento de dor e/ou edema facial ou dos tecidos moles da mucosa oral, que se inicia algumas horas, ou até alguns dias após a manipulação dos canais radiculares e que requer uma consulta de urgência.

**Descrição dos casos clínicos:** Caso 1 – Mulher de 64 anos, medicada com anti-hipertensores e anticoagulantes. Recorre à consulta por periodontite apical sintomática no 33 com tratamento endodôntico prévio. Na radiografia apresenta lesão apical e inicia-se retratamento endodôntico com isolamento do campo operatório, cavidade de acesso, remoção de conteúdo intracanal e reinstrumentação. No dia seguinte surge com abcesso e dor e é medicada com antibiótico + AINEs. Três dias depois observa-se redução do abcesso mas mantém dor e parestesia da hemiface esquerda inferior. Caso 2 – Homem, 54 anos, sem patologias. Surge com pulpite aguda no dente 47. Procedeu-se à anestesia, isolamento do campo operatório, cavidade de acesso, determinação da ODMt. Instrumentação manual até lima k 20. Passados 3 dias surge na consulta de urgência com abcesso e dor. É medicado com antibiótico, AINEs e analgésico.

**Discussão:** Quando surge uma situação de *flare up* a relação entre o médico dentista e o paciente pode ser posta em risco. O seu aparecimento pode ter causas mecânicas, químicas e micro-

bianas e depende de vários fatores de risco. Nos casos apresentados, a presença de dor periapical pré-existente, o tipo de tratamento, ou a instrumentação inadequada podem ter sido alguns fatores de risco envolvidos. Para o evitar, estão descritas na literatura medidas que deveriam ter sido aplicadas, como a utilização da técnica de instrumentação crown-down e de sistemas de instrumentação mecanizados. Relativamente ao tratamento das situações urgentes, a literatura advoga a reinstrumentação canalar a trepanação da cortical óssea, incisão e drenagem de pus, microrganismos e toxinas, desgaste oclusal e a utilização de medicamentos esteróides, AINEs ou combinação de pastas compostas por corticóides e antibióticos para aplicação intracanal. A utilização de antibióticos só deverá ser efetuada em pacientes medicamente comprometidos e de forma profilática.

**Conclusão:** Um flare-up é uma intercorrência do tratamento endodôntico que deve ser diagnosticada e tratada prontamente pelo médico dentista por forma a reduzir a dor e o desconforto do paciente.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.190>

### #SPE-03 Pré-Molar inferior configuração em 3 canais – caso clínico



Inês Jacques\*, Márcia Cascão, Ricardo Maia, Fernando Almeida

Clínica Dentária Infante Sagres, Clínica Dentária dos Carvalhos e da Labdent – Laboratório de Prótese Dentária

**Introdução:** Os pré-molares inferiores devido à sua variabilidade anatômica representam muitas vezes um desafio no diagnóstico e tratamento endodôntico não cirúrgico (TENC). O objetivo deste trabalho será descrever um TENC de um pré molar inferior com 3 canais.

**Descrição do Caso Clínico:** Paciente do sexo feminino, 35 anos, sem patologias sistêmicas com dor intermitente no dente 35. Diagnóstico pulpar de pulpíte irreversível. Indicação de TENC (elevado grau de dificuldade através da classificação da AAE) e posterior reabilitação. Após abertura da cavidade de acesso verifica-se a existência de 3 canais endodônticos. Foi realizada uma pré-instrumentação com k10;k15;k20 e instrumentação com recurso ao sistema ProtaperGold® até F1 nos canais Vestibulares e até F2 no canal Lingual. Calibragem apical com limas manuais 2% de conicidade. Protocolo de irrigação, hipoclorito de sódio 5,25%, EDTA 17% e álcool 96%. Obtenção concretizada com cones principais Protaper® F1 nos canais vestibulares e F2 no lingual com cones acessórios B com utilização de termocompactor 35#.

**Discussão:** Embora a presença de 3 canais em pré-molares inferiores tenha uma incidência inferior a 5%, conhecimento da anatomia canalar, a evidencia clínica demonstra-nos que só um bom acesso ao sistema de canais, a adequação do protocolo de instrumentação, desinfecção e obturação são a chave para o sucesso endodôntico.

**Conclusão:** O correto diagnóstico assim como recurso a sistemas de ampliação surgem como fatores fundamentais para o sucesso do TENC, nos casos da presença de variabilidades anatômicas estes parâmetros ganham um relevo ainda mais importante, de forma a se conseguir um correto tratamento.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.191>

### #SPE-04 Reabsorção Radicular: A Propósito de um Caso Clínico



Cláudia Pina\*, Ana Rita Silva, Inês Jacques, Filipe Coimbra, Irene Pina Vaz

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)

**Introdução:** A reabsorção radicular patológica consiste numa perda progressiva de estrutura dentária particularmente cimento e dentina, sustentado por um estímulo inflamatório. É descrita na literatura sob várias designações com base na sua localização radicular.

**Descrição do caso clínico:** Paciente do género feminino, 54 anos de idade, raça caucasiana com diversas patologias associadas (Trissomia 21, depressão, sopro cardíaco, bronquiectasias, epilepsia, problemas auditivos) apresentou-se na consulta da FMDUP com sintomatologia dolorosa mal definida no setor ântero-inferior. Ao exame clínico observou-se uma ausência de dentes no setor posterior inferior. Foi também possível verificar que o dente 41 apresentava uma restauração provisória profunda sem história anterior conhecida, e coloração normal. A resposta aos testes térmicos foi negativa bem como ao teste de percussão. Ao exame radiográfico foi possível observar a presença de uma radio lucidez no terço cervical da raiz, compatível com uma reabsorção radicular externa. Foi apresentado à paciente a opção de exodontia versus tratamento endodôntico com eventual complementação cirúrgica, tendo sido aceite esta última. Durante o tratamento constatou-se a necrose pulpar ocorrendo um sangramento que fez suspeitar de uma comunicação radicular externa. Foi realizado o tratamento endodôntico simultaneamente com uma abordagem cirúrgica vestibular para obturação da cavidade radicular.

**Discussão e Conclusões:** São diversos os fatores que influenciam a seleção do tratamento mais adequado a cada caso clínico. A extração e substituição por coroa sobre implante poderia ter sido o tratamento de eleição no entanto, perante as condicionantes económicas e sistêmicas o TE com complementação cirúrgica mostrou-se mais indicado neste caso particular.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2017.12.192>

### #SPE-05 Reconstrução anatômica com pinos de fibra de vidro em dentes com grande perda de estrutura



Soraya Leal Beyruth De Lima Machado, Janainy Ayrão Arribamar Tognini, Gisele P. do Oliveira Innocenti, Gabriela Lacet Silva Ferreira\*, Irene Pina Vaz, Manoel Eduardo de Lima Machado<sup>4</sup>

Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo – SP – Brasil; Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto – Portugal; Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, Porto – Portugal; Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo – SP – Brasil

**Introdução:** O tratamento endodôntico é considerado finalizado após a restauração do elemento dentário e restabelecimento de suas funções. Dentro dos novos conceitos de restaurações e blindagem corono-radicular, os pinos de fibra de vidro