

**#SPE-14 Remoção de instrumentos separados em Endodontia – diferentes abordagens práticas**

Maria João Marques<sup>1</sup>, Inês Couceiro<sup>2</sup>, Diana Dias<sup>3</sup>, Lígia Rocha<sup>4</sup>, Valter Fernandes<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Mestre em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da UP (Porto, Portugal); <sup>2</sup> Mestre em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da UC (Coimbra, Portugal); <sup>3</sup> Mestre em Medicina Dentária na Universidade Católica Portuguesa (Viseu, Portugal), dianardias@sapo.pt, +352691260616; <sup>4</sup> Docente da Pós-Graduação em Endodontia-IUCS – CESPU (Gandra, Portugal)

**Objetivo:** Comparar e descrever técnicas de remoção de instrumentos separados recorrendo a casos clínicos ilustrativos.

**Métodos:** Pesquisa em bases de dados como *Pubmed*, *MEDLINE* e *Lillacs* limitando a pesquisa aos últimos 5 anos, a artigos de revisão e relato de casos clínicos. Foram selecionados 13 artigos usando como palavras chave *Separated endodontic files*, *bypass*, *endodontics*, *techniques*, *instrument removal system and retreatment*. Foram considerados como critérios de inclusão artigos cujo resumo referisse causas, técnicas para a sua resolução e relatos de casos clínicos.

**Resultados:** A massificação da instrumentação rotatória aumentou a incidência da separação de instrumentos. Apesar do seu *design* e tratamentos térmicos serem cada vez mais eficazes a minimizar o risco de separação, este continua a ser uma das principais causas de insucesso, podendo resultar de torção, bloqueio da ponta e fadiga cíclica dos instrumentos. A sua presença não afeta diretamente o prognóstico (influenciado por presença de lesão periapical prévia, momento em que ocorreu a separação, a localização do instrumento separado e nível de contaminação remanescente) mas limita a capacidade de desinfeção dos canais radiculares. Se a remoção de instrumentos não for corretamente avaliada antes do início do tratamento pode originar erros como formação de degraus, perfurações, transporte do canal e desgaste excessivo das paredes radiculares. Assim, é importante para o clínico conhecer as técnicas existentes para a sua resolução, que podem passar por *bypass*, remoção com ultrassons, técnica *loop*, do tubo ou sistemas comerciais de tubos mecânicos (*Masserann*, *IRS*).

**Conclusão:** Embora existam várias técnicas descritas para a remoção de instrumentos separados, não existem *guidelines* para a sua abordagem. Cada caso deve ser avaliado individualmente tendo em conta a importância estratégica do dente, estado do preparo canal, posição do instrumento fraturado e aptidão/experiência do médico dentista. Em casos clínicos mais complexos, a tomografia computadorizada pode ser uma ferramenta útil e indispensável no seu planeamento e abordagem.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.395>

**#SPE-15 Reabsorção radicular interna: uma revisão narrativa**

Ricardo Manuel Dias Cachinho<sup>1</sup>, Tiago Dionísio<sup>1</sup>, Ana Marta Matos<sup>1</sup>, André Rodeia<sup>1</sup>, Pedro Duarte Silva<sup>1</sup>

Mestre em Medicina Dentária/Instituto Universitário Egas Moniz

**Objetivos:** Realizou-se uma seleção de artigos de forma a elaborar uma pequena revisão narrativa acerca da prevalência, etiologia, patogénese, diagnóstico e plano de tratamento envolvidos na reabsorção radicular interna e, assim, perceber qual a literatura existente em relação a esta patologia.

**Métodos:** Foi realizada uma pesquisa na base de dados *pubmed* com as seguintes palavras chave: *internal root resorption*, obtendo-se 378 artigos, dos quais foram selecionados 17, tendo a pesquisa sido restrita a artigos publicados em inglês.

**Resultados:** A reabsorção radicular interna é mais frequente em incisivos maxilares e no sexo masculino e, embora esteja presente em dentes sujeitos a trauma, a presença de um mecanismo de inflamação é um importante fator etiológico. É necessário que a polpa esteja vital para que haja fornecimento de nutrientes aos odontoclastos e a necrose pulpar é uma das sequelas mais comuns decorrentes de traumas. As radiografias convencionais são os principais meios de diagnóstico, sendo que a utilização do *Cone Beam Computerized Tomography* é importante para um correcto diagnóstico e abordagem destes casos, mostrando a presença e dimensão de radiotransparências devido ao facto de incluírem cortes sagitais, axiais e coronais. O material obturador de eleição no local da reabsorção caso seja perfurante da parede radicular é o *Mineral Trioxide Aggregate* e no restante espaço canal a obturação termoplástica com gutta-percha. A eliminação de polpa inflamada e de tecido de granulação da cavidade da reabsorção é fundamental para o sucesso do tratamento.

**Conclusões:** A reabsorção radicular é uma das complicações mais frequentes do trauma dentário, resultando na perda de tecidos duros, podendo também ter outras causas. Contudo, as reabsorções radiculares internas ocorrem sobretudo em casos de inflamação crónica da polpa e são menos comuns após traumas dentários. Exames complementares como as radiografias convencionais e o *Cone Beam Computerized Tomography* podem revelar-se imprescindíveis para um correcto diagnóstico, localização, forma e tamanho do defeito dentinário. O sucesso do tratamento de reabsorções internas depende do diagnóstico precoce, plano de tratamento apropriado, remoção do tecido inflamatório, do reforço da estrutura enfraquecida do dente e da obturação tridimensional.

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2018.11.396>